VANESSA CRISTINA LARDARO

TONTURA E SUAS IMPLICAÇÕES: PARA ALÉM DO CORPO ORGÂNICO

Mestrado em Fonoaudiologia

PUC/SP

São Paulo
2005

VANESSA CRISTINA LARDARO

TONTURA E SUAS IMPLICAÇÕES: PARA ALÉM DO CORPO ORGÂNICO

Dissertação apresentada à Banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Fonoaudiologia, sob orientação da Profª. Drª. Regina Maria Ayres de Camargo Freire

Mestrado em Fonoaudiologia

.

PUC/SP

São Paulo
2005

LARDARO,Vanessa Cristina.

Tontura e suas Implicações Para além do corpo Orgânico. São Paulo, 2005 100F.

DISSERTAÇÃO (MESTRADO) PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO.

Área de concentração: Fonoaudiologia
Orientador: Profª. Drª. Regina Maria Ayres de Camargo Freire

1. Tontura. 2 . Linguagem 3. Reabilitação

BANCA EXAMINADORA

Aos meus pais Maria e Marcos pelo amor incondicional, carinho, segurança, amizade, compreensão, e por sua singularidade.

A meu irmão Rogério, por acreditar em mim, ser meu amigo e companheiro desde que éramos muito jovens.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Regina Maria Ayres de Camargo Freire, pela orientação cuidadosa, paciência, pelo apoio e pela exigência de que eu mantivesse fidelidade aos meus objetivos na elaboração do estudo.

À Profª Drª Teresa Momenson, pelas contribuições feitas no exame de qualificação e no decorrer da pesquisa e por sua ajuda incondicional no fazer uma leitura cuidadosa e pontuações valiosas.

À Profª Drª Beatriz Helena V. Maranghetti Ferriolli pelos textos indicados no exame de qualificação, que fizeram com que o entendimento da Teoria de Análise do Discurso ficasse mais claro.

Ao Adriano, amigo para todas as horas.

À Tia Mercedes, que mesmo de longe, torce por mim e pelo meu sucesso.

À Juliana e à Sandra pelo acolhimento e amizade nas horas mais difíceis.

Às amigas e companheiras de turma Brena, Claudia e Fátima por terem compartilhado momentos de aflição e alegria.

Às amigas Michele, Simone, Ana Cristina, Fabiana, Vanessa e Roberta pela amizade e palavras de incentivo.

Ao CNPQ, pela bolsa concedida.

RESUMO

A tontura é o sintoma retratado, como o mais frequente na literatura médica sobre as doenças do sistema vestibular. O tratamento das alterações vestibulares pode ser medicamentoso, cirúrgico e funcional. Este último cabe, geralmente, ao fonoaudiólogo, responsável pela chamada reabilitação vestibular. Ao acompanhar um processo de reabilitação vestibular, a pesquisadora observou o fato de pacientes falarem continuamente a respeito de seus sintomas - quais são e como são - e seus dizeres não se constituiram em objeto de atenção ou de escuta do fonoaudiólogo. Assim, pelo interesse em entender a respeito da natureza da relação entre o sintoma e a fala do paciente, surgiu o objetivo deste estudo: analisar o discurso de um sujeito com alterações vestibulares para identificar os sintomas que ali se presentificam e apontar as possíveis relações de sua implicação entre tontura e subjetividade. O estudo justifica-se por permitir circunscrever a tontura, como manifestação que ultrapassa os limites do que é relativo ao corpo. A abordagem teórico-metodológica adotada - a Análise de Discurso de linha francesa - permitiu a inclusão dos dizeres do paciente como parte do material clínico sobre o qual o terapeuta irá atuar. Conclui-se que os dizeres antes não significados, passam, nesta abordagem, a ser interpretados pelo próprio sujeito que, ao falar de seu(s) sintoma(s), não só lhe(s) atribui sentidos mas também opera sobre ele(s), colocando os sentidos em circulação. Entende-se que esta circulação de dizeres poderá ser operativa, contribuindo para maior eficácia da chamada reabilitação vestibular.

ABSTRACT

Dizziness is the symptom pointed as the most frequent in medical literature of the diseases of the vestibular system. The treatment of the vestibular alterations may be by drugs, by surgery or functional. This last one, generally, is up to the speech therapist, responsible for the so-called vestibular rehabilitation. While accompanying a vestibular rehabilitation process, the researcher observed the fact that the patient speaks continuously about his/her symptoms – which are they and how are they – and his/her speech did not constitute an object of attention or hearing by the speech therapist.

So, in order to understand the nature of the relationship between symptom and patient speech the purpose of this study showed up: to analyze the subject's speech with vestibular alterations to identify the symptoms that are present there and to point out the possible relationships of its implication between dizziness and subjectivity. The study justifies itself by allowing circumscribing the dizziness as a manifestation that surpasses the boundaries of what is related to the body. The theoretical and methodological approach used – the Discourse Analysis of French line – allowed the inclusion of the patient's speech, as part of the clinical material on which the therapist is going to act. It was concluded, that the speeches, which were not signified before, begin, according to this approach to be interpreted by the own subject that, while talking about his/her symptoms not only gives them meanings but also act upon them, putting the meanings on circulation. It is understood that this speech circulation may be operative, contributing to a greater efficacy of the so called vestibular rehabilitation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 9

CAPÍTULO I - A TONTURA 13

1.1 A TONTURA: DEFINIÇÃO E ORIGEM 13

1.2 A TONTURA : A AVALIAÇÃO OTONEUROLÓGICA 18

1.3 TONTURA: TRATAMENTOS 20

1.4 TONTURA E IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS 22

CAPÍTULO II - A REABILITAÇÃO VESTIBULAR 29

CAPÍTULO III - ANÁLISE DO DISCURSO: ABERTURA DE SENTIDOS PARA A LEITURA SINTOMÁTICA DA TONTURA 37

3.1 ANÁLISE DE DISCURSO 42

CAPÍTULO IV - MATERIAL E MÉTODO 50

4.1 ANÁLISE DE DISCURSO COMO MÉTODO 50

4.2 PROCEDIMENTO 51

4.3 UMA ESCUTA DIFERENCIADA: A LEITURA DOS SINTOMAS ENVOLVIDOS NA TONTURA 53

CONCLUSÃO 75

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 80

ANEXOS 83

AUTORIZO, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assi:_____São Paulo, _____de_____2005

INTRODUÇÃO

Durante a formação em Fonoaudiologia, quando cursava o módulo de Otoneurologia, iniciou-se meu interesse pelo estudo e atendimento de pessoas com problemas vestibulares.

Portadores de problemas vestibulares apresentam sintomas variados como: cefaléia, ansiedade, depressão, zumbido, distúrbio do sono, vertigem, alterações de memória, hipersensibilidade a sons intensos, fobia, náusea, pressão no ouvido, palidez, sudorese, sensação de cabeça oca, além de tontura. Este último aparece retratado nos consultórios médicos, como o sintoma mais insistente, persistente e freqüente.

Em meu trabalho de conclusão de curso, propus-me a analisar a imagem corporal de sujeitos acometidos por alterações vestibulares para verificar se esta imagem modificava-se frente a doenças vestibulares. Apoiava-me nas afirmações de Dolto (2002) e Schilder (1994) de que a imagem corporal é formada por sensações corporais, organizadas, predominantemente, pelo sistema vestibular; daí, a estreita relação entre as duas instâncias.

Este estudo aproximou-me dos sintomas, do tratamento médico e da reabilitação vestibular, quando pude observar que as alterações vestibulares não só afetam a imagem corporal desses sujeitos, como também podem comprometer suas atividades sociais.

Ao acompanhar o atendimento de indivíduos com alterações vestibulares, dois fatos chamaram-me a atenção: a) durante a aplicação dos exercícios mencionados, o sujeito doente fala continuamente a respeito de seus sintomas e como estes

interferem em sua rotina diária e b) que estes dizeres - quais são e como são - não estão incluídos na proposta de reabilitação vestibular.

Desse modo, o terapeuta ouve seu paciente, apenas quando sua fala incide sobre alguma dúvida na execução dos exercícios ou refere-se aos desconfortos que eles podem ocasionar.

A subjetividade do paciente não é levada em consideração pelo terapeuta; este parece não ter “escuta” a seus dizeres. Ter escuta não é apenas ouvir a queixa do paciente, como dado quantitativo dos sintomas que apresenta, mas, como define Sobrino (1996,p.23) “a escuta diz respeito ao trabalho com as significações realizadas pelo clínico: não é outra coisa senão estar aberto para o dito do outro, isto é, o clínico livre para os sentidos, apostando na polissemia, interpretar o dito”.

Em decorrência dessas observações, configurou-se o objetivo deste estudo: a analisar o discurso de um sujeito com alterações vestibulares para identificar os sintomas que ali se presentificam, de forma a apontar relações de implicação entre tontura e subjetividade discursiva.

A pesquisa justifica-se por permitir circunscrever a tontura como manifestação que ultrapassa os limites do que é relativo ao corpo.

A escolha da abordagem teórico-metodológica para sua realização recaiu sobre a Análise de Discurso de linha francesa, pois, esta nos possibilita incluir os dizeres do paciente, como parte do material clínico sobre o qual o terapeuta irá atuar. Apontando diferenças entre sujeitos e relevando sua subjetividade permite que o processo terapêutico adquira a dinâmica dos sentidos.

Conforme Orlandi (1995), o discurso não é resultado simplesmente da intenção de um indivíduo ao informar algo a outro; o discurso surge da relação de sentidos estabelecida por esse individuo em um contexto social e histórico.

> Não há corpo que não esteja investido de sentido e que não seja o corpo de um sujeito que se constitui por processos de subjetivação nos quais as instituições e suas práticas são fundamentais, assim como o modo pelo qual, ideologicamente, somos interpelados em sujeitos.(ORLANDI, 2001,p.10)

Assim, pretendo propor outros modos de realizar o atendimento de pessoas com queixa de tontura, intervindo de forma discursiva sobre os sentidos que emergem em seus dizeres e deslocando o modo de acolhida do terapeuta.

Para se atingir o objetivo, do estudo será realizada a análise dos dizeres de uma paciente, - Helena[1] - portadora de problemas vestibulares, cuja queixa principal é a tontura. A análise de dados será sustentada pela metodologia da Análise de Discurso (A.D.) de linha francesa que reconhece o discurso, como efeito de sentido entre locutores e lugar de contato entre língua e ideologia, que articula em seu interior uma concepção de sujeito; que, sendo discursivo, funciona pelo inconsciente e pela ideologia.

Com o intuito de desenvolver a proposta apresentada anteriormente, o trabalho foi estruturado em quatro capítulos e a conclusão.

No primeiro capítulo, o modelo clínico alçado pela Medicina para abordar a tontura, ou seja, o conjunto de procedimentos médicos que envolvem o diagnóstico e o tratamento da tontura e suas implicações psicossociais.

---

[1] Trata-se de um nome fictício para preservar a identidade do sujeito dessa pesquisa

No segundo capítulo, um conjunto de considerações a respeito da Reabilitação Vestibular, com os principais protocolos de exercícios e suas bases fisiológicas serão apresentados ao leitor,

No terceiro capítulo, a Análise de Discurso, como instrumento teórico-metodológico possibilitará a abertura de sentidos para a leitura dos sintomas discursivos da tontura.

O quarto capítulo privilegiará a análise dos dados do discurso de Helena e será feita a discussão dos achados.

A conclusão pretende apontar sua contribuição para pensar a tontura como manifestação subjetiva, ou seja, ultrapassa os limites do que é relativo ao corpo.

CAPÍTULO I

A TONTURA.

Antes de iníciar este capítulo, cabe ressaltar que não se pretende esgotar a questão da tontura, ou mesmo, o modelo clínico adotado no tratamento dos problemas vestibulares, apenas caracterizar a prática clínica.

1.1 A TONTURA: DEFINIÇÃO E ORIGEM.

Para Ferreira (2003, p.1.398;1.468), a tontura e a vertigem apresentam as seguintes definições: tontura é o “estado de tonto, de zonzo”, ao passo que a vertigem é o “estado mórbido no qual o indivíduo tem a impressão de que tudo gira em torno de dele (vertigem objetiva), ou de que ele próprio está girando (vertigem subjetiva)”.

Ganança et al (1988, p.40) definiram a tontura como qualquer sensação de perturbação do equilíbrio corporal; já a vertigem é um tipo particular de tontura no qual a sensação de desequilíbrio é rotatória.

Conforme Ramos e Ramos (1998, p.237), a tontura é um sintoma e não uma doença que pode ser causada por múltiplos fatores e diferentes afecções. Observa-se que alguns médicos citam que a tontura tem origem no sistema vestibular, podendo ser periférica, quando atinge o labirinto e central, quando decorre de transtornos no sistema nervoso central. Assim, se não forem encontradas alterações; nesses sistemas, buscam-se outras causas para a tontura, como: alterações oculares, neurológicas ou psíquicas.

Portanto, a tontura é o principal sintoma apresentado por pessoas com problemas vestibulares. Para Ganança e Caovilla (1998), a tontura acomete cerca de 10% da população mundial de todas as idades e mais de 40% dos adultos já tiveram algum episódio de tontura em suas vidas.

Formigoni et al. (1999) avaliaram 101 crianças com o diagnóstico de vestibulopatia periférica, com idades entre quatro meses e 17 anos, concluíram que os sintomas mais encontrados nesses pacientes foram a cefaléia (84,5%) e a tontura (84,4%). Estes achados mostram que a tontura é um dos sintomas significativos quando presente em pacientes que apresentam vestibulopatias.

Cabe ressaltar que a avaliação clínica do paciente é o aspecto mais importante do diagnóstico dos distúrbios do equilíbrio, que requer um estudo da função de todos os sistemas, pois a preservação da postura, do olhar e a consciência da orientação espacial são funções complexas que dependem de múltiplos órgãos periféricos e centros neurais, além dos órgãos terminais e nervos labirínticos.

a) Tonturas de origem vestibular.

A vertigem ou outros tipos de tontura causada por disfunção vestibular pode ter apresentações diferentes, sendo aguda (crise vertiginosa), caracterizada por intenso episódio vertiginoso de curta duração (horas ou dias) ou acompanhada de quadro crônico, configurado por sintomas persistentes ou intermitentes, flutuantes ou não com ou sem desequilíbrio, impressão de desmaio iminente, quedas e manifestação neurovegetativa de longa duração.

As doenças vestibulares ou as labirintopatias manifestam-se por distúrbios do equilíbrio corporal ou tontura, podem ser acompanhadas de alterações auditivas, como hipoacusia e zumbido.

O equilíbrio é uma função sensoriomotora que tem como objetivo estabilizar o campo visual e manter a postura ereta. Os sintomas e sinais de alteração do equilíbrio corporal surgem, quando existem conflito na integração das informações vestibulares, visuais e proprioceptivas. O equilíbrio corporal é mantido pelo sistema vestibular - constituído pela orelha interna ou labirinto, VIII nervo craniano e parte do sistema nervoso central - o sistema somatossensorial - composto por um conjunto de receptores que informam ao sistema nervoso central sobre a posição do corpo - e a visão. (GANANÇA, 1998, p.13).

Para Campos (1998), existem algumas doenças que acometem o sistema vestibular e podem causar tontura, tais como:

A) Doença de Ménière, caracterizada por vertigem, diminuição de audição, zumbido e sensação de plenitude auricular. Em sua fase inicial, a tontura pode durar minutos ou horas. Durante suas crises, ocorrem aumento da sensação de pressão na orelha ou zumbido, diminuição da audição e distorção dos sons, tanto na intensidade como na freqüência.

Com o passar do tempo, se a doença permanecer por um longo período poderá verifica-se uma progressiva destruição do labirinto membranoso, diminuindo a intensidade da tontura, porém o desequilíbrio passa a ser constante. Pode ocorrer variação da doença: sendo vestibular, causando vertigem e plenitude auricular ou, sendo coclear, com sintomas, como: transtornos auditivos, zumbidos e plenitude auricular. A doença de Ménière pode ter várias origens, mas as metabólicas são as mais freqüentes.

B) Síndrome Cervical que pode ter diversas origens: inflamatória, traumática, tumoral ou degenerativa e apresenta como características sintomatológicas: a vertigem ou tontura, dores na nuca, limitação dos movimentos do pescoço, entre outras.

C) A Vertigem Postural Paroxística Benigna é causada por mudanças de posição de cabeça em relação à ação da gravidade, podendo ter origem traumática, metabólica ou presença anormal de partículas densas (otólitos).

D) A Neuronite vestibular, de etiologia viral, causa vertigem súbita e, geralmente, atinge adulto jovem ou de meia idade.

E) As Ototoxicoses têm como característica a perda auditiva, zumbido ou desequilíbrio corporal, são causadas por exposições a substâncias ototóxicas, sobretudo, medicamentosas, por alguns metais ou substâncias químicas industriais.

F) Distúrbios metabólicos e endócrinos, como: hipoglicemia, hiperclicemia, hiperinsulinismo, hipotireoidismo, entre outras.

G) Outras doenças: quando ocorrem traumas labirínticos (pancadas), barotrauma (mudanças bruscas da pressão atmosférica), Labirintite Serosa (otite média bacteriana causada por toxinas que atravessam a janela redonda e oval) ou são encontrados tumores como o Schwannoma do VIII nervo e os pacientes apresentam como sintoma tontura ou vertigem, além de outros comprometimentos auditivos.

b) Tonturas de origem ocular.

As tonturas de origem ocular raramente encontradas são causadas por problemas visuais, como lentes inadequadas, estrabismo agudo, astigmatismo, paralisia da musculatura extrínseca do globo ocular, entre outras.

c) Tonturas de origem neurológica.

Na tontura de origem neurológica, deve-se investigar se a queixa representa um quadro neurológico periférico ou central. Para Settanni (1998), o topodiagnóstico dos processos que acometem as vias vestibulares centrais, são difíceis, porque a anatomofisiologia destas vias é bastante complexa.

A tontura de origem neurológica ocorre, quando há comprometimento do sistema nervoso central, como:

A) Os tumores intracranianos como o Schwanoma Vestibular que, segundo Settanni (1998), cresce internamente no canal com o nervo vestibular ou na cisterna do ângulo pontocerebelar, a maioria desses tumores é unilateral e pode causar perda auditiva, tinnitus, desequilíbrio e vertigem.

B) A esclerose múltipla caracteriza-se por causar no paciente sintomas típicos de vertigem central,associada a sinais e sintomas decorrentes do comprometimento das estruturas vizinhas, lesadas por focos desmielinizantes no tronco cerebelar, causando sintomas como diplopia, disestesia facial, perda da audição, entre outros.

Campos (1998) esclarece a esclerose múltipla, como sendo um quadro de surtos de distúrbios locomotores e ou visuais.

d) Tonturas de origem psíquica.

Para Campos (1998), sintomas como tontura, vertigem, zumbido podem ser causados por distúrbios psicogênicos, como a vertigem psicossomática (pseudo Ménière) ou síndrome do pânico.

As tonturas podem ocorrer subitamente, enquanto caminhamos, dirigimos, trabalhamos, gerando uma série de comprometimentos emocionais; muitas vezes, impedem que a pessoa realize suas atividades diárias, fator preponderante para prejuízos na qualidade de vida dos sujeitos.

1.2 A TONTURA : A AVALIAÇÃO OTONEUROLÓGICA.

Tradicionalmente, a avaliação otoneurológica é um teste quantitativo da função vestibular e é indicado para pacientes que apresentam: alterações do equilíbrio (tontura, zonzeira, instabilidade postural, entre outras); alterações auditivas (perdas sensoriais, zumbido, flutuação de audição, entre outras); síndromes neurológicas de fossa posterior e distúrbios de aprendizado (pessoas que perdem noção de espaço e lateralidade).

A avaliação otoneurológica compreende um conjunto de procedimentos que consiste em: anamnese, avaliação auditiva, exame otorrinolaringológico, avaliação do equilíbrio e da função cerebelar e o exame vestibular, estes últimos, realizados predominantemente pelos fonoaudiólogos.

Na avaliação em que o paciente relata e detalha os sintomas que o acometem, a anamnese é o primeiro passo, para que o médico possa levantar dados suficientes a respeito das características da tontura, além de fazer um histórico dos antecedentes pessoais e familiares.

No exame otorrinolaringológico, é realizado o exame físico da orelha, mais conhecido como otoscopia, no qual é possível verificar as condições da membrana timpânica e da orelha média; o médico observa se existem anomalias no nariz; na

boca e na faringe, verifica a mobilidade da língua, palato, reflexo nauseoso, entre outros.

A avaliação auditiva tem como objetivo observar se o paciente apresenta diminuição dos limiares auditivos e ou que tipo de perda - condutiva, neurossensorial ou mista, pois, algumas vezes, mostra a perda auditiva que pode ser o primeiro sinal de problemas vestibulares.

O exame otoneurológico é composto de provas que permitem avaliar a postura, o equilíbrio e a orientação espacial. Para sua realização, constitui-se dos seguintes procedimentos: a) pesquisa dos pares cranianos, por meio de várias provas, como a Romberg, em que se solicita ao paciente que fique em pé, mantendo os pés paralelos e os dois olhos fechados; na Unterberguer, pede-se ao paciente para marchar no mesmo lugar com os olhos fechados; na prova Index-Index, solicita-se ao paciente que mantenha os braços estendidos, paralelamente, na altura dos ombros, com os dedos indicadores apontados para frente e com os olhos fechados; na prova de Index-Naso, pede-se ao paciente que toque o dedo indicador alternadamente na ponta do nariz, mantendo os olhos fechados; por fim, na prova de Diadococinesia, o paciente faz movimentos repetitivos e alternados de palmas e de dorso das mãos, simultaneamente, com as duas mãos. Nota-se que a avaliação desses resultados é feita de forma subjetiva pelo investigador, observando se o paciente mantém o equilíbrio ou se existem deslocamentos ou desvio para algum lado.

b) Na pesquisa do nistagmo ou vertigem postural, o paciente é colocado em diversas posições e é observado se apresentar nistagmo postural. c) eletronistagmografia é o exame que possibilita registrar os movimentos horizontais

dos dois olhos ou a vectoeletronistagmografia que aponta os movimentos oculares horizontais, verticais e oblíquos.

A vectoeletronistagmografia, mais completa, é composta por várias provas, cujos resultados são analisados e comparados com padrões preestabelecidos de "normalidade". Nesta prova, faz-se a pesquisa do nistagmo espontâneo de olhos abertos e fechados (NE).

Em seguida, a prova do nistagmo semi-espontâneo (NSE) é feita; depois, a prova do rastreio pendular (RP), que é realizada com um alvo-móvel, que se movimenta horizontalmente. Outra prova é a do Nistagmo optocinético (NO), na qual se verifica a existência de uma simetria entre os batimentos oculares.

As provas rotatórias fornecem dados importantes quanto à localização da lesão, que pode ser periférica ou central. Há a prova rotatória pendular decrescente (PRPD), cujo objetivo é verificar se existe simetria nos resultados encontrados nas demais provas. A prova calórica é a última a ser feita e investiga cada labirinto individualmente.

1.3 TONTURA: TRATAMENTOS.

a) Medicamentoso.

Conforme Ganança et al (1998, p. 227), não há uma droga específica para cada uma das alterações do sistema vestibular, pois “a medicação antivertiginosa que age sobre o sistema vestibular, tem uma ação simplesmente sintomática”, ou seja, elimina o sintoma, mas não cura a doença que acomete o sistema vestibular.

A escolha da medicação depende da experiência clínica e da intuição do médico. O modo de ação das distintas drogas antivertiginosas ainda é desconhecido: possivelmente, deprime ou estimula a atividade de neurotransmissores específicos nos sistemas histaminérgicos, gabaminérgicos, adrenérgicos, colinérgicos e dopaminérgicos, que facilitam o transporte ativo de substâncias por meio da barreira hematoencefálica. Estas incrementam o metabolismo neuronal e ou melhoram o fluxo cerebral. Muitas vezes, as doses pequenas podem ser mais úteis do que as maiores que chegam a ser, até mesmo, prejudiciais e agravarem os sintomas. Assim, o que define sua ação é a dose empregada.

Para Ganança et al (1998), as drogas mais úteis são aquelas com efeitos subjetivos sobre a vertigem aguda ou crônica ou sintomas associados e as de efeitos objetivos sobre as anormalidades vestíbulooculomotoras e eventuais aparecimentos adversos aceitáveis.

Nas vestibulopatias periféricas, os medicamentos são mais eficazes do que nas vestibulopatias centrais. Normalmente, com a ingestão de drogas antivertiginosas ocorre melhora ou cura dos sintomas, entre 60 e 90 dias, após o ingestão da medicação.

Para fazer a escolha do medicamento correto, o médico deve conhecer todos os efeitos, restrições e contra-indicações em cada caso. Ramos e Ramos (1998) reforçam a importância do médico otorrinolaringologista ampliar seus conhecimentos clínicos para detectar as doenças sistêmicas que estão associadas aos distúrbios da orelha interna.

A indicação do tratamento é dada pelo médico, que identifica a causa da doença e tenta remover ou controlar os sintomas, porém o tratamento exclusivamente etiológico costuma ser insuficiente para eliminar a vertigem e sintomas associados, por isso o paciente é encaminhado para fazer Reabilitação Vestibular com o fonoaudiólogo. Neste processo terapêutico, o profissional busca considerar não só a etiologia da doença, mas compreender como os distintos sintomas acometem o sujeito com problemas vestibulares.

b) Cirúrgico.

Em alguns casos, como na doença de Ménière, fístulas perilinfáticas, pós-trauma craniano ou cirúrgico, vertigens posicionais acentuadas, colesteatomas com fístula, alças arteriais, labirintite infecciosa e serosa e na pós-estapedectomia é indicada à intervenção cirúrgica.

Para Lavinsky & Lavinsky (1998, p. 247), a cirurgia é necessária quando a gênese do processo é persistente, e deseja-se abreviar a cura ou se as seqüelas do processo gerarem informações erradas aos centros cerebrais, mantendo a sintomatologia.

1.4 TONTURA E IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS.

A tontura costuma ter manifestações clínicas muito variadas, como: enjôo, sudorese, zumbido, intolerância a sons intensos e, sobretudo, pode causar alterações psicológicas como: medo, ansiedade, depressão que devem ser consideradas para melhor atendimento de pessoas com esse sintoma.

As tonturas podem ocorrer subitamente, enquanto a pessoa caminha, dirige, trabalha, o que gera uma série de comprometimentos emocionais, pois, muitas vezes, a presença desse sintoma impede que as pessoas realizem suas atividades diárias, fator que contribui para o prejuízo na qualidade de vida dos sujeitos.

Para Ganança e Caovilla (1998, p.14) afirmaram:

> O paciente com tontura, habitualmente relata dificuldade de concentração mental, perda de memória e fadiga. A insegurança física conduz a insegurança psíquica, irritabilidade, perda de autoconfiança, ansiedade, depressão ou pânico.

Para Barbosa et al (1993, p. 29):

> [...] a tensão e a insegurança geradas pelo temor de uma nova crise labiríntica exercem grande influência no dia-dia de um paciente vertiginoso, podendo levar ao seu afastamento de atividades sociais e de trabalho.

Conforme Yardley (1994), os testes do sistema vestibular não são particularmente sensíveis ou específicos para demonstrar a interferência psicológica no quadro clínico e no sofrimento do paciente portador desse sintoma

Segundo Kuhn e Casagrande (1998, p.129): "ao entrevistador não é oferecida nenhuma possibilidade de alteração necessária para o entendimento e compreensão de cada caso em particular". Os autores acrescentam “[...] o analista percebe o sintoma vertigem como a manifestação de uma angústia, que busca uma forma de expressão tanto através do desequilibrio físico quanto psíquico”.(1998, p. 129)

Os autores citados referem-se que “não se deve prender a queixa pelo paciente vertiginoso, mas, ao contrário, deve entrar diretamente na economia e na dinâmica do inconsciente”.(1998, p. 130)

Já Baleeiro (1998, p.151) defende que:

> [...] o real interfere no biológico, interage com o psiquismo e tanto o social quanto o biológico estimulam as mais diferentes respostas conscientes e inconscientes, a depender da estrutura da personalidade de cada indivíduo diferentemente. O psiquismo também se altera constante e freqüentemente, frente ao irreal, ao fantasioso, desencadeando distúbios somáticos, adoecendo o corpo.

Para o mesmo autor[2],

> Observa-se, muitas vezes, em otoneurologia, como nos outros setores da prática médica, que o psíquismo é aquilo que não sabemos, quando o doente não melhora e, nessas situações, recorre-se, como última instância, ao encaminhamento do doente que nos importuna a um psiquiatra ou a um psicólogo. Infelizmente, nesse caso, há uma caracterização de que o problema não é médico, é de outra área.

> Pensa-se, também erroneamente, quando a bateria de testes disponíveis nada evidencia, por exclusão, em rotular o paciente de psicossomático, pseudo-Méniére, vertigem psicogênica. Paralelamente, todo caso clínico, com alterações nos diversos exames específicos da labirintologia, ou outros não-especificos sejam poucas ou muitas dessas alterações - nomeia-se orgânico e exclui-se radicalmente o mental. Em ambas as situações, há uma exclusão curiosa: na primeira, haveria uma alteração psíquica, porque não há perturbações orgânicas; e, na outra, como se evidencia anormalidade no orgânico, não se admite o mental[3].

---

[2] Baleeiro, E.M.(1998) A vertigem e o psicanalista/otorrinolaringologista. Vertigem tem cura? O que apreendemos nestes últimos 30 anos. p.152

[3]Baleeiro,op.cit. p.153

Para Leavy, O´Leary (1947); Pratt, Mackenzie (1958), pessoas com histórico psiquiátrico normal podem desenvolver sinais de ansiedade, pânico e agorafobia, depois de uma crise vestibular.

O trabalho realizado por Mackenna, Hallam e Hinchcliff (1991) mostrou que, em grande parte, pacientes com problemas otoneurologicos são psicologicamente perturbados (64%), apresentam queixa de tontura,(45%) de zumbido e (27%) perda auditiva.

> A medicina psicossomática é o estudo das relações mente-corpo, com ênfase na explicação psicológica da patologia somática, uma proposta de assistência integral e uma transição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais[4]

Pratt, Mackenzie (1958) comentam que as conseqüências somatopsíquicas da vertigem, causadas por transtornos vestibulares podem incluir ansiedade e ataque de pânico.

Yardley e Putmaan (1992) descrevem que muitos pacientes com tontura restringem as atividades físicas, viagens e reuniões sociais, com o intuito de reduzir o risco do aparecimento desses sintomas. Afirmam também que as explicações somatopsíquicas destacam-se pelo medo de crises de vertigem e rompimento das atividades normais.

Yardley et al. (1992) realizaram um estudo com pessoas entre 18 e 64 anos, cuja maior parte respondeu ser ansiosa e relatou sentir tontura. A maior prevalência de tontura foi encontrada nas pessoas ansiosas ou com Síndrome de Pânico.

---

[4] op.cit.p.150

Para Jacobson e Newman (1990), a quantificação dos efeitos dos tratamentos medicamentosos, cirúrgicos e ou reabilitação é difícil e que os testes convencionais usados para fazer o diagnóstico são impróprios para avaliar os efeitos incapacitantes gerados pelas doenças do Sistema Vestibular.

Pela leitura dos autores citados, foi observado que, as técnicas convencionais de avaliação vestibular não quantificam os aspectos emocionais de tensão, insegurança, ansiedade, entre outros, causados pela tontura.

Foi apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma proposta para considerar o emprego das avaliações qualitativas nos processos em que houve intervenção terapêutica, o que tem acontecido desde 1980.

Apesar de não ser uma questão recente, só em 1990, Jacobson e Newman elaboraram e validaram um questionário específico para tontura, o *Dizziness Handicap Inventory (D.H.I.)* com o objetivo de avaliar a autopercepção dos efeitos causados pelas afecções vestibulares.

Na prática Otoneurológica, em 1990, o questionário de *Handicap* para tontura foi introduzido, sendo composto de 37 questões que avaliam três aspectos: 11 questões físicas, 16 funcionais e 10 emocionais. Com o propósito de avaliar a consistência interna e o número mínimo de itens, para tornar o DHI um instrumento clínico eficiente, o questionário foi aplicado em 63 pacientes, sendo 25 homens e 38 mulheres, foi concluído que algumas questões eram muito parecidas, sendo eliminadas, chegando à versão final com 25 questões, sete questões físicas, nove funcionais e nove emocionais.

A versão final do DHI - brasileiro foi aplicada em 106 pacientes: 40 homens e 66 mulheres. Após a análise estatística dos resultados, concluiu-se que a maior freqüência e duração da tontura, como a maior instabilidade corporal foram autoperceptíveis pelos pacientes, como fatores que determinam a limitação funcional e emocional, pois o DHI é um instrumento confiável, requer pouco tempo para ser aplicado e os resultados obtidos mostram-se de fácil análise e interpretação, trazendo informações úteis ao planejamento e realização do tratamento da tontura.

Taguchi (2001) traduziu o DHI brasileiro que foi validado para a língua portuguesa por Castro (2003) como *Dizziness Handicap Inventory- brasileiro* (DHI-brasileiro).

Moreira (2003) para determinar o handicap de indivíduos com tontura, aplicou o questionário Dizziness Handicap Inventory- brasileiro (DHI-brasileiro) em 27 indivíduos, com idade entre 17 e 78 anos com queixa de tontura há, pelo menos, seis meses. A autora concluiu que a prevalência de mulheres com queixas vestibulares foi maior que a dos homens, e estes apresentam o handicap de leve a moderado, ou seja, a tontura e seus diferentes aspectos têm uma variação bastante significativa na vida dos sujeitos, embora sintam os mesmos sintomas, a tontura interfere de modo distintos na vida de cada um.

A autora ainda observou que ocorreu prejuízo na qualidade de vida nos aspectos físicos, funcionais e emocionais da tontura de diversas maneiras para cada indivíduo, ressaltando a importância de pensar o tratamento desses indivíduos na terapia de Reabilitação Vestibular e propondo a realização de sessões de orientação e aconselhamento.

Ganança et al (2004) aplicaram o DHI-brasileiro em 25 pacientes com idade, entre 44 e 88 anos, com queixa de tontura e hipótese diagnóstica de síndrome vestibular periférica. O resultado do DHI foi comparado aos do exame vestibular. Na aplicação do DHI-brasileiro, concluíram que paciente com síndrome vestibular periférica mostrou prejuízo na qualidade de vida, em relação aos aspectos físicos, funcionais e emocionais.

O DHI-brasileiro quando comparado com o exame vestibular de pacientes com Síndrome Vestibular Periférica Deficitária apresentou maior prejuízo na qualidade de vida, nos aspectos funcionais, em relação aos pacientes com Síndrome Vestibular Periférica Irritativa.

CAPÍTULO II

A REABILITAÇÃO VESTIBULAR.

A Reabilitação Vestibular (RV) é uma forma de tratamento de labirintopatias que envolve estimulações visuais proprioceptivas e vestibulares que mantêm o equilíbrio corporal dos pacientes com sintomas vertiginosos.

Na Inglaterra, em 1946, foi criada por Cawthorne e Cooksey, e introduzida na França, em 1954, por Portmamn. Na década 1980, foi introduzida no Brasil por Ganança: seu objetivo é recuperar a função global do sistema, o equilíbrio, independente da etiologia que o produz.

A Reabilitação Vestibular promove a recuperação funcional do equilíbrio corporal por meio da estimulação dos sistemas aferentes (vestibular, ocular e proprioceptivo), é composta por exercícios que aceleram os mecanismos naturais de compensação, proporcionando a restauração do equilíbrio.

Bittar, Pedalini e Formigoni (1999) afirmam *que* a reabilitação vestibular compreende manobras e exercícios com a finalidade de melhorar o equilíbrio corporal por meio do uso estratégico da plasticidade neuronal.

Os exercícios de reabilitação vestibular são indicados, após uma anamnese detalhada, que busca investigar as principais posições de cabeça e ou corpo, além das atividades e movimentos que desencadeiam ou aumentam a sintomatologia vestibular.

A Reabilitação Vestibular tem como fundamentação o fenômeno da habituação. Em 1968, por meio de estudos realizados com patinadores que realizam exercícios

com controle visual alternado, Collins demonstrou a teoria da habituação e concluiu que as respostas vestibulares ocorrem, como resultado de estímulos repetitivos utilizando pistas visuais.

Norré (1979, p. 324) define o “fenômeno de habituação como sendo um processo fisiológico caracterizado pelo declínio progressivo de respostas às estimulações repetitivas”.

Assim, a estimulação faz com que se verifique uma diminuição progressiva da reação do aparelho vestibular. Os movimentos, quando submetidos a estimulações repetidas fazem com que haja uma habituação, ou seja, passam a fazer parte do dia-a-dia das pessoas.

Para Pedalini e Bittar (1999); Formigoni (2000), a habituação é a redução das respostas sensoriais baseadas na repetição de estímulos sensoriais que facilitam a compensação vestibular, graças à plasticidade neuronal. É um fenômeno de adaptação, obtido por execução de movimentos repetitivos, que promovem uma diminuição da resposta vestibular e, como conseqüência, a diminuição da amplitude do nistagmo.

Desse modo, deve ser preciso que haja o máximo de integração de todos os sensores envolvidos no sistema de equilíbrio: visual, vestibular, próprio e exteroceptivo. A repetição, além de promover a adaptação ao movimento, estimula o órgão sensorial, criando novos automatismos no banco de dados, responsável pelo equilíbrio corporal.

Para Maudonnet e Maudonnet (2000), a habituação é a redução de uma resposta sensorial a um mesmo estímulo repetido a intervalos regulares, ou seja, é

um processo de adaptação, apoiado na repetição de um estímulo e tem como características: a aquisição que é manifestada por um declínio progressivo da resposta do reflexo vestíbuloocular, no qual se observa uma redução da resposta nistágmica após a repetição, seguida das provas calóricas ou rotatórias.

Por meio da habituação, ocorre a compensação vestibular, fenômeno que se verifica nos núcleos vestibulares do tronco encefálico e permite a recuperação funcional do equilíbrio. Os mecanismos de compensação procuram eliminar a assimetria entre o sistema vestibular direito e o esquerdo, elaborando respostas vestibuloculomotoras e vestibuloespinhais destinadas a manter não só a estabilização da visão nos movimentos cefálicos, como também o adequado controle postural.

Conforme Caovilla e Ganança (1998), a compensação vestibular procura atenuar ou abolir os sintomas originados pela lesão vestibular, sem que haja a cura do sintoma tontura, assim, um sistema bem compensado é aquele, no qual o Sistema Nervoso Central (SNC) promove o adequado controle dos movimentos oculares da cabeça e do tronco, para tornar estável o equilíbrio corporal.

Para Elhassan et al. (2001), a compensação vestibular representa a capacidade de adaptação plástica do sistema nervoso central a alterações funcionais labirínticas de diferentes etiologias e ocorre com a participação dos núcleos vestibulares e está ligada ao fenômeno de plasticidade neural.

Estudos na área somatossensorial demonstram a relação entre estimulação sensorial e alteração do mapa cortical, que pode ser alterado de duas maneiras: pela reorganização neuronal conseqüente a uma lesão periférica ou central, ou pela modificação neuronal de determinada área cortical, após sua intensa estimulação. A

atividade neuronal atua como um dos componentes do mecanismo de plasticidade neuronal, beneficiando as representações somatotópicas acometidas por lesão ou disfunção. (PEDALINI e BITTAR ,1999).

Caovilla e Ganança (1998) mencionam que os objetivos primordiais da reabilitação vestibular são: (1) promover a estabilidade visual nos movimentos da cabeça, (2) melhorar a interação vestibulovisual na movimentação cefálica, (3) ampliar a estabilidade postural estática e dinâmica nas condições que produzem informações sensoriais conflitantes e (4) diminuir a sensibilidade individual e a manutenção cefálica.

A escolha dos exercícios depende da avaliação clínica e dos achados dos testes de função vestibular que caracterizam o distúrbio do equilíbrio e suas limitações funcionais impostas pela disfunção.

Cawthorne (1944) e Cooksey (1946) foram os primeiros autores a descreverem exercícios, como métodos de reabilitação vestibular, incentivavam os pacientes a mexerem a cabeça e os olhos livremente em todas as direções. Os exercícios são indicados para disfunções unilaterais que podem ser decorrentes de traumatismos cranianos e devem encorajar os movimentos de cabeça e olhos, sendo divididos em áreas e crescentes graus de dificuldade e iniciam com os exercícios de olhos, cabeça, tronco e equilíbrio que devem ser realizados nessa ordem.

Mor et al. (2001) descreveram que as principais técnicas de reabilitação vestibular são os exercícios de Cawthorne e Cooksey, para incrementar a adaptação vestibular, para auxiliar a estabilização da postura estática e dinâmica, estratégias para estabilização do olhar, estimulação optovestibular, estimulação do reflexo

vestibular horizontal e vertical, treinamento de coordenação do equilíbrio, protocolo de Bolonha[5] e treinamento de habituação vestibular.

Estes exercícios são iniciados com o paciente na cama ou sentado, devem ser realizados duas vezes ao dia, com duração de 15 minutos cada série. Cada um deve ser feito vinte vezes e deve-se iniciar o movimento lentamente e ir aumentando sua velocidade, sempre com os olhos abertos, só se deve fechar os olhos, quando os sintomas vertiginosos estiverem menos intensos.

Os exercícios realizados com os olhos são: 1- com o paciente deitado movimentar os olhos para cima e para baixo, olhar à direita e à esquerda. 2- esticar um dos braços, focalizar e acompanhar o movimento da ponta de um dedo que se aproxima e afasta da face. 3- jogar bola de uma mão para outra, acompanhando com os olhos o movimento realizado.

Exercícios de cabeça: 1- movimentar a cabeça, curvando-a para frente e para trás de olhos abertos. 2- virar a cabeça à direita e à esquerda. 3- curvar a cabeça à direita e à esquerda, quase tocando os ombros. 4- realizar movimentos circulares com a cabeça primeiro no sentido horário e depois no anti-horário.

Exercícios de tronco: 1- na posição sentada, levantar-se e sentar mantendo os braços cruzados. 2- tentar encostar as omoplatas, colocando os braços bem para trás. 3- levantar-se, dar uma volta sobre o próprio eixo e sentar-se. 4- curvar-se para pegar objetos no solo e depois voltar à posição inicial. 5- colocar as mãos nos ombros, com os cotovelos virados para frente e fazer círculos com os braços (para frente e para trás). 6- girar a cabeça e o tronco à esquerda e à direita.

---

[5] Bolonha é o nome do protocolo de exercícios que foi elaborado no Congresso da Sociedade Italiana de Otorrinolaringologia em (1983).

Os exercícios de equilíbrio devem ser realizados dez vezes. 1- em pé passar uma bola de borracha da mão direita à esquerda. 2- passar a bola de uma mão para outra por baixo de um dos joelhos. 3- com os olhos abertos e depois fechados, atravessar o quarto, caminhando em linha reta, subir e descer uma rampa e uma escada.

Em 1996, Herdman, propôs exercícios para incrementar a adaptação vestibular, indicados para casos de hipofunção unilateral, que devem ser realizados em pé ou sentado, quando necessário. Nesses exercícios, o paciente deve girar a cabeça 45º à direita e à esquerda, sem parar, fixando os olhos nas palavras de um cartão posicionado à sua frente, durante dois minutos, o mesmo foco visual deve ser mantido, o que muda é a direção do movimento da cabeça, agora vai para cima e para baixo.

Nos exercícios para a estimulação vestibulovisual, o paciente deve movimentar o cartão para um lado e a cabeça ao lado oposto, sem parar, fixando os olhos nas palavras em foco, durante dois minutos; em seguida, o mesmo foco visual deve ser mantido, porém, com a movimentação da cabeça para cima e para baixo.

Os exercícios de estimulação optovestibular foram apresentados por Ganança e seus colaboradores (1989), e devem ser realizados durante uma hora com três sessões semanais, com estimulações repetitivas posturais, optocinéticas, com rastreio pendular, movimentos sacádicos dos olhos nesse alvo.

Norré e Beckers (1988), propuseram exercícios de treinamento de habituação vestibular, que são indicados para todos os tipos de vertigem.

As manobras para reposição de fragmentos de otocônias são indicadas para pessoas que apresentam vertigem, quando executam movimentos, nos quais em determinadas posições do corpo e ou cabeça em que ocorra vertigem, mais conhecida como Vertigem Postural Paroxística Benigna (VPPB).

Em 1969, Schuknecht apresentou uma teoria para explicar esse quadro, sugerindo que fragmentos de otocônias desprender-se-iam da mácula do utrículo, deslocando-se para a ampola do CSC posterior por meio da ação da gravidade.

As manobras mais empregadas são as de Epley (1992) modificadas por Herdman, em 1993. Nestas, o paciente passa da posição sentada para decúbito dorsal com a cabeça pendente, virada para o lado em que refere sentir vertigem, permanecendo nessa posição quase três minutos.

Em seguida, a cabeça deve ser flexionada ao lado oposto, e o corpo é virado para o mesmo lado, a cabeça é, então, movimentada no mesmo sentido e direção, até que aponte 45º para baixo. O paciente deve permanecer nessa posição por mais três minutos para, então, sentar-se.

Amá e Oliveira (1994) relataram que a reabilitação vestibular é uma opção de tratamento para pacientes portadores de distúrbios vestibulares. O tratamento baseado em exercícios favorece de maneira efetiva a compensação do sistema nervoso central. As melhoras subjetivas que os pacientes mencionam, após o tratamento de R.V., são derivadas da ação compensatória do sistema nervoso central e não da resolução da patologia periférica envolvida ou determinante. Segundo os autores, a R.V. basicamente inclui quatro pontos:

Exercícios de relaxamento global, exercícios oculares de lateralização e de perseguição de objetos em movimento, exercícios de estimulação do sistema proprioceptivo por meio das técnicas de relaxamento e de consciência do esquema corporal e estimulação do sistema vestibular pelos exercícios de rotação, flexão e lateralização da cabeça, bem como pela movimentação corporal.

Apoiado nos exercícios propostos por Zee, Taguchi (2004) desenvolveu um protocolo que permite maior interatividade com o paciente e dinamiza o atendimento.

O programa de reabilitação vestibular é realizado no consultório do fonoaudiólogo. Em geral, este profissional conta com a presença de uma maca, objeto essencial na execução dos movimentos. A sessão de reabilitação costuma ser feita por semana, em um período a princípio indeterminado. O tempo de tratamento varia, de acordo com o paciente.

Segundo Neves (2002, p.69):

> a personalização do atendimento, fato este, que implica ao fonoaudiólogo, terapeuta de equilíbrio, um grande conhecimento anátomo-fisiológico e sobre os protocolos disponíveis para o atendimento da R.V, para que este possa utilizar sua criatividade e adequar os exercícios que serão realizados aos estímulos necessários para o atendimento ao seu paciente.

CAPÍTULO III

ANÁLISE DE DISCURSO: ABERTURA DE SENTIDOS PARA A LEITURA SINTOMÁTICA DA TONTURA.

A tontura é objeto de diferentes especialidades médicas e essa diversidade interessa à Fonoaudiologia, de forma mais próxima, o que ocorre na clínica otorrinolaringológica, dada a estreita ligação entre ambos os campos, sobretudo no que diz respeito à terapêutica.

Pretende-se discutir a relação entre discurso e tontura como sintoma, e a Análise de Discurso foi escolhida, pois permite analisar uma superfície lingüística discursiva para descobrir vestígios de seu processo de produção. Outra razão para sua escolha, como instrumento teórico-metodológico norteador desse estudo está em que a A.D. leva em consideração as singularidades do sujeito falante que parece ter sido excluído nos exercícios propostos pela reabilitação vestibular.

Alguns fonoaudiólogos aproximaram-se da Análise do Discurso por esta abrir caminho aos estudos sobre linguagem que incluem o sujeito e o sentido, permitindo que, por meio da fala do paciente, o terapeuta defronte-se com produções singulares.

O trabalho realizado por Freire e Rodrigues (1994) propôs- se a estudar o discurso do sujeito afásico e seu interlocutor com o objetivo de mostrar o papel discursivo do fonoaudiólogo no processo de re-construção da linguagem de um sujeito afásico. As autoras concluíram que o distúrbio de similaridade apresentado pelo paciente vai gradualmente diminuindo, como efeito do processo discursivo terapêutico que incide sobre a substituição da metonímia pela metáfora.

As autoras observaram que alçando a Análise de Discurso, como metodologia foi possível avaliar os dizeres do paciente e caracterizar o quadro de afasia de forma discursiva. Usando a interpretação, tal como entendida no âmbito da A.D., o fonoaudiólogo retoma a fala do paciente e tem, como efeito, o deslocamento do sujeito e a re-significação de seu discurso.

Freire (1996) com o objetivo de propor algumas diretrizes para a constituição de uma forma preliminar de terapia de linguagem do sujeito afásico, realizou um estudo longitudinal de uma senhora afásica e concluiu que o fonoaudiólogo deve assumir o papel do analista intérprete e assumir três parâmetros básicos: o dado como indício; a situação de testagem e de terapia, como situação discursiva e a posição do terapeuta como uma série de deslocamentos e posicionamento em pontos de vistas diversos, no qual o terapeuta poderá ter perspectivas diferentes de onde olhar os dados e a situação discursiva da terapia.

A A.D. tomada como metodologia permitiu que o terapeuta se dedicasse a uma escuta particular dos dizeres do sujeito afásico, atuando sobre a posição discursiva ocupada por esse sujeito e sua subjetividade.

Sobrino (1996) para discutir a questão da “escuta” na clínica fonoaudiológica, sobretudo a “escuta” nas situações de entrevista familiar, adotou o discurso como objeto de análise e realizou a análise discursiva de uma entrevista com a família de um sujeito no contexto clínico. Concluiu que o deslizamento de sentidos ocorrido no decorrer da entrevista permitiu-lhe identificar uma outra demanda, a familiar, caracterizada por relações não mais lingüística. Isso só aconteceu em razão do procedimento metodológico adotado, ou seja, a A.D. que deslocou o discurso pela

interpretação, fazendo com que a entrevista não se reduzisse a um levantamento de dados.

Freire, Araújo e Bueno (1999) realizaram registros discursivos de reuniões semanais de orientação a pais de bebês de alto risco, com o objetivo de apontar equívocos em relação ao suposto objetivo de tal procedimento.

A análise trouxe à tona os efeitos do discurso ideológico da Medicina sobre o discurso dos pais. Esta ideologia assenta-se sobre a crença de que apenas o médico detém o conhecimento sobre os bebês e desnaturalizou os objetivos da equipe médica: transmitir ensinamentos de puericultura e prevenção. As autoras concluíram que o discurso de orientação, assentado em uma visão de linguagem como instrumento de comunicação nega seu objetivo inicial: a orientação a pais.

Azevedo (2000) procurou estudar a patologia de linguagem com base no funcionamento discursivo de sujeitos gagos. Neste estudo, a autora adotou a A.D. para analisar o discurso de mães de crianças ditas gagas e de sujeitos gagos, e concluiu que resta ao sujeito gago alienar-se na língua ou ser silenciado pelas condições de produção. A A.D. possibilitou pensar-se o paciente como sujeito discursivo e não o reduzir à tensão corporal que envolve a gagueira, como o faz a Fonoaudiologia tradicional.

Com o objetivo de encontrar a implicação entre os discursos dos pais sobre a fala de seus filhos e a emergência da gagueira nas crianças, Passos (2001) adotou a A.D. como metodologia e analisou as entrevistas realizadas com mães de crianças gagas. Assim, a autora observou marcas discursivas que permitiram interpretar algumas propriedades discursivas características: a perspectiva temporal na busca da localização da fala gaguejante das crianças pelas mães; o apagamento do significante gagueira; a prevalência do tipo de discurso autoritário, tendo como efeito

o silenciamento do gago e o reconhecimento dos pais, como sendo eles os responsáveis pela gagueira. Apoiando-se na Análise de Discurso, a autora pôde fazer uma leitura dos discursos dos pais e da ideologia atribuída a seus filhos e sugerir modificações na clínica da gagueira.

Para se detectar como o funcionamento do discurso de pais de crianças com retardo de linguagem representa à criança como patológica, Tfouni e Ferriolli (2001) analisaram o discurso de pais de crianças com retardo de linguagem e observaram que ocorrem marcas, que se manifestam por meio do silêncio, hesitação e ato falho. O retardo de linguagem está no imaginário dos pais e reflete-se em seus discursos tornando-se realidade.

Pode-se também observar que essas crianças estão inscritas na ideologia dos pais que valorizam o verbal em detrimento do não-verbal.

Para instaurar uma possibilidade discursiva dentro da fonoaudiologia no estudo dos casos de disfluência da fala, Ferriolli (2002), realizou a análise discursiva de um sujeito gago. Chegou à conclusão de que por meio da re-significação do sujeito da/na linguagem e do papel da família, se pode compreender que ambos fazem parte do contexto histórico-discursivo de constituição do sujeito.

A fim de compreender os sentidos que atravessam a condição de asilares, Alves (2002) usou a A.D. como referencial teórico-metodológico. Analisou o discurso de cinco sujeitos residentes em uma instituição asilar e concluiu que os discursos apresentaram a materialização da história da velhice no Brasil: sem trabalho, com saúde débil e longe da família.

No estudo, a autora citada afirma que o fonoaudiólogo deve conhecer o paciente asilado e fazer com que sua subjetividade seja contemplada por meio da sua atuação. O uso da metodologia discursiva permitiu a emergência da subjetividade do idoso e de sua história, sem que para isso fosse adotada a aplicação de testes verbais, tão comuns na prática fonoaudiológica com a Terceira Idade.

Para investigar a dimensão da “escuta” no processo clínico, Castellano (2002) fez análise discursiva de uma entrevista com sujeitos com queixa de alteração vocal. Adotando a metodologia discursiva da A.D. e usando recursos como a interpretação e a escuta, a autora pôde compreender os diversos sentidos que emergem de um discurso, concluindo ser possível conceber a clínica de voz como lugar onde os sujeitos disfônicos falam de si e onde a “escuta“ é fundamental por considerar a singularidade do sujeito.

Girardi (2003) procurou discutir o sentido do termo risco adotado no atendimento de bebês pré-termo. Para realizar o estudo, analisou os discursos de mães de filhos prematuros por meio do procedimento teórico-metodológico da A.D. A autora concluiu ser importante que as noções de risco e tempo sejam re-significadas na clínica fonoaudiológica dos bebês de risco.

Ferriolli (2003) analisou o discurso de pais, cujos filhos apresentavam retardo de linguagem e concluiu que estes, ao falarem a respeito de seus filhos, produzem uma metáfora de si próprios que se manifesta, como um sintoma na criança e uma metonímia de seu desejo.

Os estudos fonoaudiológicos apresentados adotaram como teoria metodológica a A.D. que releva a singularidade do sujeito. A teoria adotada traz conceitos

importantes e considera que o sujeito, em sendo discursivo, funciona pelo inconsciente e pela ideologia recomendando aos fonoaudiólogos que tenham “escuta” aos ditos de seus pacientes e os “interpretem”, já que esses emergem durante o processo terapêutico.

Ao se adotar a metodologia da Análise de Discurso e seus dispositivos internos, como a escuta e a interpretação, o processo terapêutico poderá considerar a subjetividade dos sujeitos com problemas vestibulares, indo além do orgânico quando focaliza o discurso desses sujeitos.

3.1 ANÁLISE DE DISCURSO.

A Análise de Discurso (A.D.) de origem francesa nasceu no final de 1960, criada por Pêcheux, na conjuntura político-intelectual, como um campo teórico, constituído no espaço de questões criadas pela relação entre três domínios disciplinares: a Lingüística, o Marxismo e a Psicanálise.

A Análise de Discurso reúne três regiões do conhecimento em suas articulações divergentes: teorias da sintaxe e da enunciação, a teoria da ideologia e a teoria do discurso que é a determinação histórica dos processos de significação, no qual o sujeito é atravessado por uma teoria de natureza psicanalítica.

Ao questionar as três áreas do conhecimento citadas anteriormente, a A.D. busca mostrar o que elas deixam de considerar. A lingüística deixa de lado a historicidade; o marxismo não considera o simbólico e a psicanálise não compreende a ideologia absorvida pelo inconsciente.

A lingüística constitui-se pela afirmação da transparência da linguagem, possui seu próprio objeto, a língua, que tem sua ordem própria.

Para a A.D., a noção de opacidade da linguagem é importante, já que procura mostrar que a relação linguagem/pensamento/mundo não é uma relação direta que se faz termo a termo, isto não se passa diretamente de um a outro.

A.D. pressupõe o legado do materialismo histórico, no qual o homem faz história, porém essa não lhe é transparente, a produção de sentido só ocorre pela união entre língua e história. Quando a língua é conjugada com a história na produção de sentido, a forma material do discurso está sendo trabalhada, pois é a forma encarnada na história para produzir sentido que toma o modo lingüístico-histórico. A língua não é entendida como estrutura, mas como acontecimento do significante em um sujeito afetado pela história. Nesse sentido, a psicanálise traz a noção de sujeito, deixando de lado a noção de homem.

Quando se fala de A.D., deve-se considerar que não se está falando apenas de discurso como transmissão de informações, não há essa linearidade na disposição dos elementos da comunicação, a língua não é apenas código. No funcionamento da linguagem, a relação sujeito e sentido é afetada pela língua e pela história, nos quais ocorrem a constituição desses sujeitos e a produção de sentido.

Para a A.D., a língua tem sua ordem própria, introduzindo a noção de sujeito e de situação; na análise da linguagem, a história tem seu real afetado pelo simbólico, o sujeito de linguagem é descentrado, afetado pelo real da língua e da história. O sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia.

Para Orlandi (2002), é no funcionamento da linguagem que ocorre a relação sujeito e sentidos afetados pela língua e pela história, no qual temos um complexo processo de constituição do sujeito e produção de sentido, não sendo meramente uma transmissão de informação. As relações da linguagem são de sujeitos e de sentidos, e seus efeitos são múltiplos e variados.O discurso é definido como efeito de sentidos entre locutores, e a língua é condição de possibilidade do discurso.

A A.D. relaciona língua e discurso, no qual o discurso não é visto, como liberdade em ato sem condicionantes lingüísticos ou determinações históricas nem a língua sem falhas ou equívocos, a língua é condição de possibilidade discursiva.

A A.D. busca compreender a língua, fazendo sentido como trabalho simbólico, parte dos trabalhos sociais gerais, constitutivos do homem e de sua história. Assim, a linguagem é concebida como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social, embora não seja transparente, a A.D. não busca atravessar o texto para encontrar sentido do outro lado e, sim, observa como o texto significa.

A noção de leitura em suspenso é colocada pela A.D., tendo como fundamental a questão do sentido, constituindo-se no espaço em que a lingüística tem a ver com a Filosofia e com as Ciências Sociais, ou seja, na perspectiva discursiva, a linguagem é linguagem, porque faz sentido e inscreve- se na história.

A interpretação é colocada em questão pela A.D., trabalhando seus limites, intervindo no real, ou seja, visa a entender as formas como os objetos simbólicos produzem sentido e como eles estão investidos de significância para e pelo sujeito. Para fazer isso, usa-se o dispositivo teórico da interpretação que tem como objetivo mediar o movimento entre descrição e interpretação. O dispositivo teórico inclui o analítico, ou seja, é o dispositivo teórico já individualizado pelo analista em uma

análise específica. No dispositivo analítico, as questões, a natureza do material que analisa e sua finalidade são colocadas pelo analista. Dessa maneira, o pesquisador vai encontrar seu dispositivo analítico.

Como já foi referido anteriormente, o discurso é efeito de sentido, é produzido por um sujeito em determinada situação, em certo contexto, pois são as condições de produção que incluem os contextos sócio-históricos e ideológicos. Apesar de se falar a mesma língua e as mesmas palavras, elas podem significar diferente, pois remetem a discursos que trazem seus sentidos das formações discursivas.

O interdiscurso é da ordem do saber discursivo, no qual a memória é afetada pelo esquecimento. Pêcheux (1997) define duas formas de esquecimento no discurso: o número um, também chamado de esquecimento ideológico, da ordem do inconsciente, que é resultado do modo pelo qual a pessoa é afetada pela ideologia, dando a ilusão de ser a origem do dizer, quando, na verdade, apenas se retomam os sentidos preexistentes. O número dois da ordem da enunciação, ou seja, fala-se de uma determinada maneira e não de outra, pensando que só pode dizer determinados dizeres com aquelas palavras e não outras, como se pensamento, linguagem e mundo tivessem uma relação direta.

A memória, quando pensada em sua relação ao discurso, é denominada como interdiscurso. Este é todo conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que se diz. O interdiscurso, pode nos remeter a outros dizeres, a uma memória e identificar sua historicidade, assim existe uma relação entre o já dito e o que se está dizendo - o interdiscurso.

Desse modo, o interdiscurso é relacionado aos dizeres já ditos, que são representados no eixo vertical ou da metáfora, e o intradiscurso é, o que se está

dizendo no momento, ou seja, as formulações que se faz, é o que se encontra no eixo horizontal ou da metonímia. Todo dizer é a junção entre os dois eixos: o da memória e o da formulação extraindo, daí seus sentidos.

Na A.D., todo funcionamento da linguagem assenta-se na tensão entre os processos parafrásticos, nos quais em todo dizer há algo que se mantém, que são a memória e o processo polissêmico, ou seja, na polissemia ocorre o deslocamento, a ruptura dos processos de significação, trabalhando com o equívoco.

Na articulação, entre paráfrase e polissemia, os sujeitos e os sentidos movimentam-se, fazendo seus percursos, significando-se. Os sentidos, os sujeitos e o discurso não estão prontos, estão sendo construídos em um movimento do simbólico e da história.

A paráfrase é a matriz do sentido, e a polissemia é a fonte da linguagem, sendo a própria condição do discurso. Na língua, materializa-se a ideologia, e o discurso é o lugar do trabalho da língua e da ideologia.

Portanto, na associação entre paráfrase e polissemia pode-se entender como o político e o ideológico relacionam-se na constituição dos sujeitos e na produção dos sentidos, ideologicamente, entrelaçados.

Os discursos são constituídos por condições de produção que funcionam, de acordo com certos mecanismos: a relação de sentidos, no qual todo discurso corelaciona-se com outro, o processo discursivo, no qual o discurso faz parte desse processo; no entanto, o mecanismo de antecipação, experimentar o lugar de onde seu interlocutor ouve suas palavras, regulando, a argumentação, de modo que o sujeito dirá de tal forma e não de outra e a relação de forças, ou seja, o lugar com

base no qual o sujeito fala é constitutivo do que ele diz. Todos esses mecanismos pautam-se nas formações imaginárias, que são as imagens resultantes de projeção, permitindo que o sujeito passe da situação para a posição discursiva.

Para Orlandi (2002, p.40), “as condições de produção implicam o que é material (a língua sujeita a equívoco e a historicidade), o que é institucional, (a formação institucional, em sua ordem) e o mecanismo imaginário“.

O imaginário faz parte do funcionamento da linguagem, pois assenta-se no modo como as relações sociais inscrevem-se na história e são usadas em nossa sociedade. As imagens que se forma de alguém, constituem-se no confronto do simbólico com o político, em processos que ligam os discursos e as instituições.

Assim, a A.D. permite que se atravesse o imaginário, que condiciona o sujeito em suas discursividades, mostrando como os sentidos estão sendo produzidos para entender o que está sendo dito. Isso só é possível, porque o sentido não está no dizer e, sim, em suas condições de produção, quando se estabelecem as relações que se mantêm com a memória e remetê-lo a uma formação discursiva e não, outra.

A formação discursiva permite compreender o processo de produção dos sentidos, sua relação com a ideologia, possibilitando ao analista estabelecer regularidades no funcionamento do discurso; Assim, é definida apoiada em uma formação ideológica preestabelecida em uma conjuntura sócio-histórica que determina o que pode ser dito e o que deve ser dito, ou seja, as formações discursivas representam no discurso as formações ideológicas, nas quais os sentidos são determinados pela ideologia.

Na A.D., a noção de metáfora é bastante importante, pois esta é transferência, estabelece o modo como as palavras significam, não há sentido sem ela, este é um efeito ideológico, o sujeito constitui-se por uma interpelação que se dá ideologicamente, pois, está inscrito em uma formação discursiva.

O trabalho da ideologia é produzir evidências, colocando o homem na relação imaginária com as condições materiais de existência, ou seja, é condição necessária para a constituição do sujeito e dos sentidos. Os sujeitos são interpelados pela ideologia, para que possam produzir o dizer, ideologia e inconsciente são estruturas em funcionamento.

Na interpretação, ocorre a relação do sujeito com a língua, com a história e com os sentidos que são as marcas de subjetivação e, ao mesmo tempo, os traços da língua com a exterioridade, no qual todo sujeito tem ideologia e esta é materialmente ligada ao inconsciente.

Por meio dos deslizamentos de sentido – efeito metafórico, no qual se verifica o processo de produção de sentido e nos deslizes produzidos nas relações da paráfrase instalam-se o dizer na articulação de distintas formações discursivas; nessas representações observa-se a historicidade, que é entendida como aquilo que faz com que os sentidos sejam os mesmos, sendo transformados.

Quando se analisa um funcionamento discursivo, não basta apenas determinar suas marcas formais. Cabe ressaltar que se tem de estabelecer uma distinção entre propriedade e marca (traço), conceitos importantes no procedimento da Análise do Discurso.

De acordo com Orlandi (1987, p.259), a concepção de propriedade discursiva refere-se ao discurso, como totalidade, e em sua relação com a exterioridade. A marca envolve a organização discursiva, que pode derivar de qualquer nível de análise lingüística (fonológico, morfológico, sintático, semântico) ou de unidade de qualquer extensão (fonema, morfema, palavra, sintagma, frase, enunciado entre outros).

CAPÍTULO IV

MATERIAL E MÉTODO.

4.1 ANÁLISE DE DISCURSO COMO MÉTODO.

Para compreender se a tontura, como manifestação orgânica, ultrapassa os limites do que é relativo ao corpo, utilizou-se como aporte teórico a Análise de Discurso de linha francesa, desenvolvida no Brasil por Eni Orlandi, baseada em Pêcheux e apresentada no capítulo anterior. Entende-se que a aproximação da Fonoaudiologia com este campo ocorre porque permite circunscrever o discurso, como lugar, no qual a tontura apresenta-se como efeito de sentido.

Segundo Orlandi (2002, p.77):

> Os procedimentos de Análise têm a noção de funcionamento como central, o analista compreende esse funcionamento pela observação dos processos e mecanismos de constituição de sentidos e de sujeitos, lançando mão da paráfrase e da metáfora como elementos que permitem um certo grau de operacionalização dos conceitos.

O trabalho do analista de discurso é mostrar como um objeto simbólico produz sentidos, como os processos de significação trabalham um texto. Para Orlandi (2002), a análise começa pela delimitação do corpus, e o tamanho do texto não é definido pela sua extensão, pois este é unidade de sentido, fato discursivo.

De acordo com Orlandi (1994), a análise de um discurso passa por três etapas: a) superfície lingüística; b) objeto discursivo e c) processo discursivo.

A análise é feita por etapas, nas quais são consideradas as propriedades do discurso em seu funcionamento. Na primeira etapa, ocorre a passagem da superfície lingüística ao objeto discursivo, no qual opera o esquecimento número dois, ou seja, esquece-se a enunciação, para que venham à tona as distintas formações discursivas. Obtém-se o objeto discursivo, que é o resultado da transformação da superfície lingüística de um discurso concreto em um objeto lingüisticamente de superficializado, produzido por uma análise lingüística que visa a desfazer a ilusão da realidade das palavras.(Grifos meus)

A segunda etapa da análise trabalha o objeto discursivo em direção ao processo discursivo, no qual se instala o jogo ideológico. Assim, encontra-se no conjunto das formações discursivas e em sua relação com a ideologia. Nesta etapa, ocorre a instalação plena no processo discursivo para se chegar ao discurso, que é o objeto de análise e compreensão de como o material de linguagem produz sentido. Por meio do procedimento analítico, ao lado do mecanismo parafrástico, os efeitos metafóricos são possíveis de serem observados. Assim, no efeito metafórico coloca-se a relação discurso e língua com o objetivo de articular estrutura e acontecimento. (Grifos meus).

Na terceira etapa, ocorre a passagem do objeto discursivo ao processo discursivo, no qual o analista incide sua análise; nesse momento, relaciona-se a formação discursiva com a formação ideológica.

4.2 PROCEDIMENTO.

A análise discursiva de uma paciente foi realizada em processo de reabilitação vestibular na Clínica Promur, localizada na cidade de São Paulo, especializada em atendimentos na área de otorrinolaringologia.

Para este tipo de pesquisa, os critérios de idade, sexo ou patologia não foram relevantes na seleção do sujeito, exigindo-se apenas a presença da tontura entre os vários sintomas que acompanham as alterações vestibulares. O sujeito selecionado era do sexo feminino, foi atendido, tendo passado primeiro pelo médico e pela fonoaudióloga responsável pelo setor, submetido aos procedimentos de avaliação e diagnóstico e encaminhado para tratamento.

Ao aceitar participar da pesquisa, o sujeito preencheu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP (anexo 1) cabe ressaltar que o mesmo autorizou a execução deste estudo (anexo 2) e, depois de uma sessão de reabilitação realizada na clínica, foi entrevistado pela pesquisadora. A entrevista foi gravada em fita K7 e transcrita de forma ortográfica regular, tendo durado, aproximadamente, 1h30. (anexo 3)

O sujeito e as pessoas, às quais ele se refere, serão chamados por nomes fictícios para preservar sua identidade e as dos demais. Helena tem 47 anos, brasileira, mora em Francisco Morato, pertence à classe social média baixa, é casada e tem três filhos maiores, dos quais o último é deficiente auditivo. Atualmente, trabalha no Fórum Cível.

Helena procurou atendimento otorrinolaringológico por apresentar tontura constante há dez anos, foi diagnosticada como portadora de Síndrome Vestibular Periférica e medicada com Rivotril® e Labirin®. Não apresentou melhora significativa com a medicação, o que levou o médico a indicar a reabilitação vestibular na clínica citada anteriormente.

Para realizar a análise, foram feitos recortes discursivos definidos por Orlandi, (1987, p.139-140)

> O recorte é uma unidade discursiva: fragmento correlacionado de linguagem e situação [...] os recortes são feitos na (e pela) situação de interlocução, ai compreendido um espaço menos imediato, mas também de interlocução, que é o da ideologia.

4.3 UMA ESCUTA DIFERENCIADA: A LEITURA DOS SINTOMAS ENVOLVIDOS NA TONTURA.

Nesta etapa serão analisados fragmentos discursivos da entrevista realizada com o sujeito desta pesquisa, designado na transcrição, como H.

Fragmento 1

> E: O que te trouxe, aqui H.?
> H: Uma **labarintite**.
> E: Uma o quê?
> H: Uma **Labirintite** que eu tenho...
> E: O eu que é isso?
> H:"É uma **tontura,** né? Uma **constante**, uma tontura **constante** ah uns **dez anos** mais ou menos hiii começou. Eu me lembro foi de um **estresse** que eu estava sentindo é, tava trabalhando num ambiente mui ... que eu era muito pressionada, né?..."

No fragmento 1, pode-se observar que ocorre a equivalência de labirintite por tontura, ou seja, a doença é substituída pelo sintoma, o todo pela parte, trata-se da metonímia, uma figura da retórica que tem o efeito de deslocamento de sentidos levando a crer que a labirintite causa um único sintoma. A tontura é manifestada de forma repetida, uma repetição que materializa os efeitos da doença sobre a paciente. H. passa a detalhar seu tempo de duração e o que supõe seja a causa do problema.

Fragmento 2

> H: "... aí eu tive uma tontura, **rodô, rodô, rodô, rodô, rodô, rodô, fiquei rodando quatro meses**. Ai de lá eu fui para **vários médicos** um é foi o **médico do ouvido** que me mandou **pro médico da coluna,** pro médico de não sei o quê, não sei o quê. Foi **indo, passando, passando, passando e a tontura não passava. Ela diminuí daquela crise a tontura não passava, aí. Depois de eu ter passado em nem sei todos os médicos**..."

No fragmento 2, H usa a repetição do verbo rodar como forma de marcar seu sintoma, a tontura. Seu discurso repetitivo parece rodar nas palavras, materializando, discursivamente, a sensação que a tontura provoca. A busca pela cura do sintoma, faz com que H. consulte vários médicos. O efeito dessa busca é materializado no movimento de ir de um lugar para outro; em seus dizeres ela vai **"passando, passando**" de um médico para outro, enquanto a tontura, ao contrário, não passa.

Fragmento 3

> H: "... **remédinho** e outro e continuo. E a umas três semanas atrás, eu acho. Eu tive uma crise muito forte e fui num Doutor Marco Aurélio. Aí ele falou para mim você já ouviu falar de terapia essa terapia que eu tô fazendo aqui, que eu esqueci o nome; Aí eu falei que não, aí ele falou agora tem uma terapia pro labirinto, né? Se tem problema num, aí pediu para eu fazer aquele otoneurológico completo. Que horrível, **né?** Enche os ouvidos **da gente** de água, Deus que me perdoe! aí se tem à impressão de **que cê tá** rodando, aço, aço, aquela **coisa é horrível.** Aí me indicou aqui, aí eu vim pra fazer os exercícios. Hoje é o primeiro dia, **né?** A semana passada, ela disse que coloco ela me mostrou uns **cristaizinhos**, **né?** Hiii ela ia fazer umas manobras para colocar os **cristaizinhos** no lugar, **né?** Aí ela fez, colocô e falou agora cê tem que ficar com o pescoço duro, **né?** Ai ela fez tudo. Ai, o ai, ai quando cheguei em casa, eu falei pro meu marido. Ele falou **era as merda na sua cabeça que estava fora do lugar** e (risada). Agora foi tudo que eu cheguei em casa, bem

> **melhorzinha** da tontura, mas fiquei com o **pescocinho** duro e tal. Então, tô aqui minha filha. Já que tem isso, vamo faze, porque eu já fui já fiz de tudo. Eu já fiz cirurgia espiritual lá no Doutor Frits, de não sei de quem. Eu fui, né? (suspirou). Tudo que me ensina, a você tá com crise, veste roupa verde, **já ouviu falar nisso?** Pois é, eu vestia verde, é o que que era pra dormir, não sei o que que era pra dormir embaixo do embaixo do travesseiro, punha também, eéé iiiiche **tudo, tudo, tudo, tudo** na vida dez anos, né? Então, eu falo que **essa labirintite é minha velha companheira, ela não me larga, essa desgraçada**..."

O diminutivo é usado por H. como forma de minimizar seu sofrimento, o que é materializado no uso de palavras como **"pescocinho".** O termo no diminutivo tem um sentido afetivo, talvez para marcar o tamanho pequeno do corpo em relação à extensão do desconforto que sente por precisar ficar com o pescoço imobilizado.

Já o diminutivo em **"remedinho"** e em **"cristaizinhos"** parece apontar a ineficiência da medicação na cura de seus sintomas; daí, a procura pela reabilitação vestibular que se apresenta, para a doente, com a mesma ineficiência, materializada nos efeitos do primeiro atendimento - deixá-la **"melhorzinha"**.

No discurso de H., observa-se que ela busca confirmar para entrevistadora que sabe a origem da tontura, que é representada pelos cristaizinhos fora de lugar. Parece que ela busca respostas da profissional com relação à patologia que apresenta. Assim, a paciente quando se refere à tontura **"como coisa",** atribuindo-lhe certa autonomia que a deixa impotente - não há nada que ela faça que possa modificar o curso da doença.

Os cristaizinhos foram trocados pela expressão vulgar **"merdas na cabeça"** que o marido apresenta em seu discurso e que aponta a desvalorização do papel da esposa e do estatuto que sua doença tem para ele. H. toma o discurso do marido

como seu, não se posiciona contra seu dizer, incorporando os sentidos que ele lhe atribui e rindo da forma como o marido interpreta seus sintomas.

H. refere que a tontura é sua velha companheira e que a doença não a larga. Pode-se observar que a patologia é significada, como externa ao corpo, ou seja, não é dela, mas sim, algo que a acompanha; isso mostra um lugar de sentido que representa uma metáfora do sintoma tontura.

Fragmento 4

> V: **Difícil, né**?
>
> H: "**Difícil, mas sei lá se, é difícil, né?** Porque quando é assim de lá pra cá, eu não sou a mesma pessoa, porque quando você, você fica você, eu entro na **crise, ela dá depressão muita depressão, porque você nunca tá bem**. Eu estou aqui conversando com você, mas você estaaaa, né? Eu minha cabeça você não está, você tá aí. A minha cabeça que ta, né? É sempre assim, né? Sempre a vida toda, assim, daí é uma coisa, assim também que **a família acostuma nem liga mais pra você, você fala tô com tanta tontura, ahh (gesto com a mão) tontura cê tá comendo que nem não sei o quê. Cê tá assistindo televisão, eu leio muito, eu gosto muito de lê, cê tá lendo como** é que você tem tontura? Então, **você acaba ficando, você só você e a sua doença, né? Se ela tá muito, se ela tá pouco, eu saí sozinha, às vezes, eu to indo, assim, eu tenho que dar uma paradinha ou fixar num ponto parar na rua assim, como se estivesse esperando alguém fixar um ponto e prosseguir porque é assim**..."

Quando o pesquisador afirma a dificuldade causada pela tontura, H. usa dois significantes que se intercambiam - ser difícil e não ser difícil - marcando uma contradição, uma ambiguidade em seu discurso. Mais à frente, H. fala que está sozinha com sua doença, observa-se que não recebe a devida atenção da família, como gostaria.

Ao dizer que sente tontura, H. materializa, em seu discurso, a posição de doente, porém essa posição não se sustenta perante sua família, já que na ideologia familiar quem está doente, com tontura, não lê, não come nem vê TV.

Fragmento 5

> E: Me fala mais dessa sua depressão.
>
> H:"Do que você quer saber? Dá **depressão, eu acho que é por causa da Labirintite,** porque eu nunca tô bem, assim, aí a gente fica uma pessoa amarga, né? Eu sou uma pessoa insuportável... Eu mesma acho que sou, tem hora que eu sou insuportável, porque eu nunca tô no meu normal. Então **tudo me irrita**, tudo me irrita, **barulho me irrita ééé. Eu, eu, eu gosto muito de criança, mas o barulho da criança me irrita.** Eu tô com assim muito sensível. Eu acho, né? Com o ouvido muito sensível. Então, tudo **me irrita e eu trabalho com o público,** eu atendo pessoas, então, assim tem o balcão. Aqui, **tem 100 pessoas aí pra gente** atender. Aqui, eu trabalho no fórum, né? Então **tem 100 pessoas ali pra gente atender**, aqui tem uma pessoa **falando** no microfone, do meu lado, dois passos para lá, falando no microfone porque tem que apregoa as testemunhas ou o réu, ou sei lá quem, para elas subirem. Por causas daquelas **100 pessoas,** ela **a pessoa grita no microfone e eu trabalho ali** né?..."

Quando questionada a respeito de sua depressão, ocorre um deslizamento de sentido. Nesse movimento metonímico, H. passa a falar de seu trabalho, como tudo a irrita, a quantidade de pessoas que será atendida, a gritaria pelo atendimento, como tudo passa a ser insuportável, dominando a cena em que se verifica seu dia-a dia.

Quando H. é questionada sobre sua depressão, em sua resposta, ocorre a substituição do termo depressão por labirintite.

Fragmento 6

> H:"...Então, até que fazia tempo que eu não tinha crise. Fazia tempo que eu não tinha crise, mas quando **ela deu, ela veio** eu tava no cartório. Eu tava bem, eu saí. Assim, quando eu sentei. Aí tudo começou a **rodá, rodá, rodá, rodá, rodá** Hiiiiiiii. Então, eu acho. Assim, **eu tô sempre com depressão i** há muito tempo atrás, há uns 10 anos aí pra trás que eu fui num médico. Em outro, porque eu fiquei **quatro meses** com uma **coisa que rodava**, sabe? Não parava porque quando eu tenho crise, a minha crise não pára com um, **dois dias é 15, 20, 30 dias**. Aí **ela dá** uma melhorada, porque, sará mesmo, muito difícil. Então, é, então, tem **depressão. Ah, sim direto, né? Assim ansiedade aí** quando apareceu isso uma médica me passou um calmante que eu tomei. **Um tempo depois, não tomei mais, não tomei mais, não tomei e é um negócio que não vou tomar. Não vou toma, Doutora, não vou tomar, não vou ficar tomando calmante.** Agora, eu passei de novo e o doutor Marco Aurélio me passou o **Rivotril®, né? Que é o que me deu uma segurada**, então, agora eu sou obrigada a tomá, não que eu gosto, mais um melhora, mas, que passa mais, a depressão é uma constante..."

H, ao falar de sua crise de tontura, usa a 3ª pessoa do singular - **"ela, ela deu ela veio ou a aquela coisa" -** isso mostra o deslizamento de sentido, pois H. considera que a tontura causou depressão e ansiedade. No entanto, por meio de seu discurso, pode-se perceber que se trata de uma pessoas ansiosa, talvez, esta ansiedade tenha contribuído para sua tontura.

A duração longa da tontura aparece marcada pela cronologia temporal - dura dias, meses e anos...

No discurso, H. relata seu percurso pelas instituições médicas, pois embora esteja medicada, nega-se a tomar o remédio por reconhecer nele apenas um calmante e não uma solução.

Nessa atitude, observa-se um deslocamento de sentido do não querer tomar o remédio para o efeito que ele causa. Este pode ser definido como um deslizamento no eixo metonímico. Para a paciente, o remédio não cura seus males, mas alivia.

Fragmento 7

> E: Me fale mais dessa sua ansiedade?
>
> H: "Ah, da ansiedade! Ah, sou ansiosa, né? Sei lá**, sou aquela pessoa que não tem paciência para ir calmamente na escada rolante**, né? **Já subo voando assim, né**? Não sou eu, não tenho paciência e, às vezes, eu acho que a ansiedade. **Agora não que eu tô tomando remédio, eu tô calma**, mas, às vezes, eu acho que a minha ansiedade é tão grande **que ela vai pular para fora do peito**. Então, eu acho que foi até bom, **porque ansiosa demais afoita de mais, ansiosa pra comer, pra falar com as pessoas porque tem 100 pessoas para atender**..."

No fragmento acima, nota-se discurso marcado pelo uso constante da metáfora, como em **"já subo voando assim, né?"** Indicando seu desejo de ultrapassar o ritmo normal da escada-rolante. Embora tome o "**remedinho"**, este parece não ter o efeito esperado, porque na seqüência observa-se outra metáfora, pois sua ansiedade é tão grande que **"ela vai pular pra fora do peito".**

Verifica-se-se uma contradição entre estar e não estar ansiosa, depois do uso do remédio.

Fragmento 8

> H "...**Quero atender logo hiii faz isso e faz... tudo na ansiedade, tudo, tudo, tudo, tudo, tudo, tudo**. Mas, eu tenho, é eu sou ansiosa, mas eu sou ansiosa, mas **eu sou de movimentos lentos**. Sei lá, sei lá, não sei se você entende. Assim, eu, eu acho que eu tô mais ha muito esquecida **muito**, **muito, muito, muito...."**

O discurso de H. é marcado pela repetição de, segundo seus dizeres, uma ansiedade constante. Refere ser ansiosa para comer, para atender as pessoas, seus significantes deslizam entre ser ansiosa e afoita. Observa-se uma metonímia com duplo sentido, pois, para H. ser ansiosa é ser agitada, não se conformar a movimentos lentos.

Quando H. usa a repetição pronominal **“tudo, tudo, tudo...”** e a repetição do advérbio **”muito, muito, muito...”** parece um discurso histórico, pois a insatisfação frente a **“doença”** leva H. a realizar tudo na ansiedade, a repetição talvez intensifique ou enfatize a afirmação.

Fragmento 9

> H: “...Agora muito de mais da conta éééee, às vezes, eu to pensando, por exemplo, eu moro lá em Francisco Morato perto de Judiai. Bom, vou vê, pega o trem vou pegar o metrô hiiii. Vou lá na Doutora, não sei o que lá. Não sei o que lá. Aí eu para nossa o que eu tava pensando mesmo. Eu esqueço, o que eu tava pensando. Aí, eu fico. Ah! Não sei, aí eu penso outra coisa! Aí eu depois vou lembra outra coisa, já estou nesse nível. Até esqueci de falar pra doutora, assim, éé. Assim **ansiosa de mais** hiii e tô com esqueci de falar pra ela, também, desde desse tempo pra trás. **Eu não consigo memoriza nada, quase num consigo guardá. Assim, quase nada na cabeça. Assim, eu, eu apreendo aqui e daqui a pouco, eu já esqueci ali. E, assim, eu vou vivendo; também, isso foi aumentando devagarinho. Assim, eu fui percebendo, mas eu nunca tratei disso. Aí foi aí, aí, foi aumentando, foi aumentando, assim**...”

A expressão **“assim quase num consigo guardá**: **Assim quase nada na cabeça”** é uma metáfora, pois H. substitui a aparente falta de memória pela imagem de que a cabeça seja uma caixa, um depósito de fatos.

No trecho, “**Assim, eu, eu apreendo aqui e daqui a pouco, eu já esqueci ali. E, assim, eu vou vivendo”**, observa-se que H. aprende mas, por pouco tempo, e seu conformismo com a situação é afirmado quando diz **“e, assim, eu vou vivendo”.**

Na expressão, **“isso foi aumentando devagarinho”** H. usa o pronome demonstrativo **“isso”,** como substituto de algo que ela não define. Não dá para identificar em seu discurso, o que realmente está aumentando: se a tontura ou a falta de memória.

Fragmento 10

> E: Assim?
>
> H:”...É então, eu, eu, eu não tenho mais muita facilidade pra apreender as coisas. Antigamente, eu apreendia rápido tudo muito mesmo, lá mesmo no fórum, mesmo lá no trabalho, né? **É eu já vinha, já ensinava e rapidamente eu pegava. Agora já não mais assim a, às** vezes, eu também tenho a **sensação de não estar ouvindo direito, mas eu fiz audiometria deu que ta tudo bem, mas às vezes, eu acho eu não ouço nada**...”

H. afirma que não ouve direito; no entanto, a essa afirmação contrapõe-se uma aparente contradição, pois afirma ter se submetido ao exame de audiometria que mostra que sua audição está normal. H. afirma também não estar aprendendo tão rápido como antigamente e não se dá conta de que a aprendizagem pode estar ligada a outros fatores como idade, interesse, tema.

A seguir, nos fragmentos o discurso de H. é marcado pela dispersão, pois deixa de falar da tontura e passa a falar de seu filho, de seu marido e do dia a dia no trabalho. Observa-se um movimento metonímico, poi H. vai significando sua tontura de diversas maneiras.

Para Pêcheux (1997), ao falar x, deixo de dizer y, o que já instaura o sujeito em um “lugar possível” de ser e, ao mesmo tempo, em “um lugar proibido” de circular. Como diz Orlandi (2002), “o sujeito se subjetiva de maneiras diferentes ao longo de um texto”.

Fragmento 11

> E: Nossa! mexe tanto assim?
>
> H: “...**É muitos anos, né? Mexe bastante, eu tenho um filho deficiente**, né? O Guilherme, assim, deficiente auditivo. É ele tá até apresentando essas **tonturazinhas,** né? Então, eu preciso trazer o exame dele pra doutora dar uma olhadinha, também, **mas ele já tá moço, tá trabalhando. Ele é um menino também que ele, ele, ele cansa bastante a gente!** (suspiro profundo) Cansa bastante, às vezes, **quando a gente vai falar com ele, eu até sinto uma pressão na cabeça**, assim, porque ele é muito teimoso, sabe? Se ele falar que isso aqui é um telefone não adianta falar que não é. Não adianta só se ele pegar e não falar alô? Daí, então, ele é um **menino bastante difícil**...”

“É muitos anos, né? Mexe bastante, eu tenho um filho deficiente, né?” Nesse trecho, percebe-se um deslizamento de sentido, no qual a deficiência do filho é causadora de seu sintoma, a tontura!

Em **“mas ele já tá moço, tá trabalhando. Ele é um menino também que ele, ele, ele cansa bastante a gente!”** H. refere-se ao filho por uma fala em que se observa um deslizamento de sentido entre os significantes moço e menino – embora já trabalhe e seja independente, o filho é considerado também um menino teimoso que parece não aceitar o que é dito pela mãe.

Fragmento 12

> H: "...Apesar disso ele estudou no Derdic, se conhece o Derdic? Da PUC. Ele estudou lá dos dois anos até terminar o a oitava série. Estudou lá numa escola que deu um apoio bom pra ele. Deu i é, ensinou ele a ser independente, né? Nossa uma escola ótima! **Mas ele, assim, tá é um menino difícil e ele consegue, às vezes, desestabilizar eu e o pai**. Agora melhorou um pouco porque ele tá trabalhando, na Melhoramentos, onde faz cadernos, lá em Caieiras, né? Então, melhorou um pouco, mas, ele reclama muito. Antigamente, ele se **queixava que não tinha trabalho porque era surdo pá, pá.** Agora, tá trabalhando, ele trabalha ah numa, ele trabalha lá de ajudante geral. Então, é um trabalho mesmo e trabalha três períodos, né? Às vezes trabalha de manhã, às vezes, à tarde, às vezes, **a madrugada, e ele reclama de tudo, ele é reclamão. Ele é reclamão..."**

"**Mas ele, assim, tá é um menino difícil e ele consegue, às vezes, desestabilizar eu e o pai"**. No discurso acima, ao afirmar que o filho desestabiliza H. e seu pai, H. produz um texto ambíguo, pois, fica-se sem saber se quem fica desestabilizado é H. e o pai, se apenas H, ou se ocorre um desequilíbrio entre o casal.

No fragmento em que H. cita **"que as pessoas normais, elas não têm trabalho.**", observa-se a ideologia da mãe, pois, quem é deficiente auditivo não tem possibilidade de arrumar emprego e Guilherme parece não valorizar a isso.

No fragmento **"...e ele reclama de tudo, ele é reclamão. Ele é reclamão."**, observa-se um deslizamento sintático, em que o verbo passa a ter a função de um substantivo que, no aumentativo, leva à coisificação do filho.

Fragmento 13

> **H: "...Então, a gente fala pra você, nada tá bom**. Você reclama demais isso me estressa **muito, muito, muito, muito**. Então, eu tento passar para ele **que as pessoas normais, elas** não têm trabalho. E ele tem trabalho, puxa vida! **Será que você não entende**, **ele não ganha mal e como ele faz muita hora extra tira mais de mil reais por mês. Então, a gente fala, administra o pai, né? Administra lá o dinheirinho de**le tudo, mas **nunca nada tava não tá bom, ele reclama**. Reclama é onde que ele me esg... estressa bastante, também, então, se tem que. Eu acho que eu já não tenho mais paciência com ele. Nem eu, nem o pai..."

No fragmento, **"ele não ganha mal e como ele faz muita hora extra, tira mais de mil reais por mês. Então, a gente fala, administra o pai, né? Administra lá o dinheirinho"** H. utiliza o diminutivo para mostrar que o que o filho ganha é pouco, contrapondo essa afirmação à inicial. Parece querer afirmar que o pouco é muito, quando quem, o fatura é deficiente auditivo.

Fragmento 14

> E: O pai é um pouco assim...
>
> H: "**Teimoso, teimoso, teimoso, teimoso e o outro é teimosinho, teimosinho, teimosinho, entendeu ? É é tão difícil quanto, entendeu? Eles são bem parecidos, assim, então, eu falo que eles brigam muito, porque eles são iguais, né?..."**

H. diferencia o tratamento entre marido e filho. O pai é teimoso e o filho é teimosinho, ou seja, o filho aparece como uma criança, indefesa em sua relação com o pai adulto e responsável pela família.

Fragmento 15

> E: Me fala mais disso
>
> H: "**Acho que não tem mais nada pra falar, o que você quer, que eu fale? Da minha casa, da minha família, o que você quer? Da minha labirintite?...**"

Embora H. diga que não tem nada para falar, não é o que se materializa em seu discurso; ela parece ter tantas coisas para falar que nem sabe por onde deve começar.

Fragmento 16

> H: "... período era muito bom, mas assim **o Guilherme, sempre teimoso desde pequenininho, né? Desde pequenininho, ele era teimosinho, mas ele tava sempre acompanhado do pai, aquilo que você vê, nas escolas de surdo que você vê, a mãe era o pai que tava lá, era sempre o pai. E eu ensinava em casa e tudo mais e assessorando tudo mundo. Mas, mas, mas o Guilherme sempre um menino difícil! E eu falava, você não acompanha o Guilherme. dia-a**-dia você não sabe como ele é difícil, né? E a gente passava isso pra psicóloga do Derdic, pra fono, pra professora. Mais aí, ela falou pra mim que um pouco todos eram sabe? Um pouco que todos eram meio bicudo, teimoso, assim, Hiii! ..."

No trecho acima, H. mostra sentir-se incomodada pela relação entre pai e filho, talvez por sua exclusão deste universo filial. Refere que levar o filho para escola é de pouca ajuda quando o pai não acompanha os seus estudos e os dos seus irmãos, o que cabe a H. que, além disso, tem que trabalhar.

Fragmento 17

> E: Cansado
>
> H: "E cansado, cansado, mentalmente! É se você lidar com **uma pessoa 21 anos que... aaa você tem que explicar dez vezes a mesma coisa** pra ela, porque ele não entende, a e não aceita também , acaba depois entendendo, aceitando, a gente vai conversando, conversando, conversando. E é, e isso!..."

No imaginário da mãe, sobrevive a concepção de que um adulto, ”**uma pessoa de 21 anos”**, deveria compreender a fala da mãe facilmente, e o filho só entende depois que a mesma coisa é explicada mais de dez vezes.

Fragmento 18

> E: Nossa! Isso mexe muito com a senhora, né?
>
> H: “Mexe, mexe mais com o Guilherme, a você acaba tirando de letra sabe. Assim, depois ele, ele tem na a teimosia dele e eu deixo ele pra lá. Aí quando ele está mais calmo, tudo aí, eu vou lá converso e tudo mais o José. Já não tem muita paciência mais, aí eu vou lá e converso com o José. Depois, o José porque o José é o ponto de referência ponto de referência para o Guilherme. E o pai, José? O pai que acompanhou, e de repente largou, largou assim largou de acompanhar porque ela já tava mocinho e porque também a psicóloga no Derdic quase quase batia em nos dois. Porque o Guilherme tinha 15 anos e um ia buscar e o outro ia levar. E, todas as crianças, já caminhavam sozinha, então, a gente foi quase que obrigado, né? O Guilherme sentiu essa falta e disse-me o meu marido que, quando deixou o Guilherme sozinho**, ele perdeu o chão. O meu marido perdeu o chão, ele também estava acostumado...”**

O uso da metáfora **”ele perdeu o chão**”, dá ênfase ao fato de o pai ter deixado de acompanhar o filho na ida à escola e, com isso, ter ficado sem atividade e sem motivação.

Fragmento 19

> E: Acostumado a o quê?
>
> H: “A levar o Guilherme todo dia e voltar, levar e voltar, ele acostumou 15 anos naquela rotina. Quando o Guilherme começou a caminha sozinho, o José, meio que perdeu o chão, ficou meio perdido também. O Guilherme seguiu, adorou, né? **Pegava trem sozinho, pegava ônibus, encontrava lá com os amiguinhos t**udo e o José ficou meio que no meio do caminho, meio perdidão e aí foi isso e aceitou...”

A independência de Guilherme é exemplificada pela forma, como pegava o trem e o ônibus e encontrava os amiguinhos. Mas, essa independência aparente não impede que H., ao se referir aos amigos do filho como **“amiguinhos”;** use o diminutivo para indicar que o filho é uma criança para ela.

Fragmento 20

> E: Perdidão? Me fala mais sobre esse perdidão.
>
> H: “Não, não sei dizer. O José ficou assim, ele acompanhava sempre o filho, acompanhava o filho. Aí Guilherme começou a caminhar sozinho e o José ficou assim e assim, como se você tivesse com filho de três anos de idade e de repente você perdeu ele. **Você perdeu ele, você perdeu ele, entra numa loja qualquer e você não viu. Então, ele ficou perdido porque durante tantos anos a rotina dele era ir na Derdic. Voltar e tal e tal e tal, até ele se encaixar** novamente. Demorou um pouco acho que até ele entender e aceitar que o **Guilherme já era mocinho** e que já podia caminhar sozinho, **porque a gente, a gente, tinha e tem medo, um medo maior, né? Então, e e o perdidão é isso aí!...”**

Os pais, ao perceberem a liberdade do filho, não aceitam que ele deixe de ser criança; daí o uso do diminutivo em **“já era mocinho”,** o que denota que perderam o poder sobre o filho.

H. usa o substantivo “a gente”, como uma metáfora de ambos: a mãe e o pai.

Fragmento 21

> E: Me fala mais sobre esse medo maior.
>
> H: “O medo que a gente tinha, é de deixar o Guilherme caminhar sozinho na rua, com medo da maldade, com medo de as pessoas **perceberem que, que, por causa daquela deficiência dele** e judiar dele, medo normal, mas a gente tinha um medo maior, **porque o Guilherme é uma criança defi, né? Deficiente e até ingênuo, né? Um pouco ingênuo na época...”**

Observa-se um deslizamento de sentido entre ser criança e ser adulto; apesar de ter características físicas e a idade adulta, o filho, para H., será sempre criança. A metonímia deficiente leva a ingênuo, pois, quem é deficiente, é também ingênuo.

Na ideologia da mãe, vão fazer mal a uma criança deficiente, como se apenas quem fosse deficiente, corresse o risco de sofrer algum mal.

No discurso da mãe, nota-se que esta não quer que as pessoas se dêem conta da deficiência auditiva de seu filho, pois, irão se aproveitar disso.

Fragmento 22

> E: Me fala mais sobre essa preocupação.
>
> H: "Não sei mais o que te falar. **Já te falei, não tenho mais, tudo que me causa a labirintite, é isso aí. Eu acho, né? Não sei.**
>
> E: **Então, você acha que é isso que causa a sua labirintite?**
>
> **H: Não, não e só isso, né? Não é o Guilherme, de jeito nenhum, eu acho que é o fato de eu ser é ansiosa, estressada, impaciente. A**cho que é isso, porque teve um momento o ano passado, até esqueci de falar para o doutor, eu sempre tive tontura, né? Essa sensação de desequilíbrio isso é direto, direto, direto, direto, direto, direto... "

No discurso de H., observa-se no dizer que: "**tudo que me causa a labirintite é isso aí**", H. faz uma metáfora do que lhe causa o sintoma tontura, atribuindo à tontura a preocupação que tem com o filho. Quando a entrevistadora pontua para H. ser o filho a causa da labirintite, H. substitui seu dizer anterior contrapondo: "**eu acho que é o fato de eu ser, é ansiosa".** Neste trecho, observa-se, um deslizamento de sentido, a ocorrência de uma metonímia.

Fragmento 23

> H: "...Mas, no ano passado, eu tive um mês de muita alegria que há muitos anos que eu não tinha, que não estava, que eu não tinha ficado tão feliz, com uma sensação. A sensação de felicidade, não. Aquele momento, eu tive um mês de felicidade, um mês, que coisa! Nossa! Eu levantava, tinha uma disposição, porque me aconteceu um negócio na minha vida, muito legal pra mim, e foi, **uns dois meses assim, mas acho que durante um mês, um mês e meio, eu não tive um só dia de tontura, porque a minha alegria aquela coisa de dentro, acho que ela tava lá dentro mesmo.** Não era uma coisa artificial e eu tive, eu fiquei sem tontura nem uma nada, nada, nada. Eu levantava porque, assim, eu deitada. Eu tô deitada, eu olho pra cima, tá rodando. Eu, eu sento, tá rodando. Eu levanto, a sensação o é de desequilíbrio, eu pego o trem. Quando eu saio, a sensação, metrô horrível, pra mim! Pior coisa do mundo é o metrô. Enquanto, eu fiquei nesse estado de alegria, durou uns dois meses, eu não tomei remédio. Eu não tomei nada, nada, eu não tive absolutamente nada, por isso que eu acho que é emocional, assim. Virou uma coisa crônica, mas**, o meu emocional, tava muito, acho, que bom. Equilibrado, acho que eu me equilibrei.** Eu fui, assim, **melhorando**. Até achei que tinha sarado, fui melhorando, melhorando não tive a ansiedade. Não tive depressão, não tive nada, tive um período ótimo, aquilo passou e aquilo voltou..."

Nesse fragmento, observa-se que ocorre um deslizamento de sentido quando H. fala de um momento de felicidade que durou um mês e, ao associar a felicidade ao sintoma que não se presentificou, faz uma associação entre a tontura e seu estado emocional.

Usa a repetição do pronome indefinido **"nada"** que significa uma indeterminação para mostrar que, durante um mês, ela não sentiu nenhuma tontura. Mas, quando o momento de felicidade acaba, a tontura de H. volta.

H. vai deslizando em seus dizeres e significando sua tontura. Ela associa sua tontura a seu emocional; quando este está equilibrado, ela também se equilibra, metáfora de que faz uso para enfatizar o acontecimento em pauta.

Observa-se o uso do verbo melhorar que, flexionado no modo gerúndio, traz a idéia de continuidade da ação.

Fragmento 24

> E: Fala mais sobre esse período de felicidade.
>
> H: Eu não posso, te fala o que é.
>
> E: Algo bem legal?
>
> H: "Algo bem legal pra mim, bem legal pra mim, coisa boa pra mim que aconteceu, junto que, além de acontecer esse negócio legal eh... **Eu recebi um elogio também** no meu trabalho, uma **coisa que deu uma massageada,** né? Então aquilo me deixou bem também".
>
> E : Uma massageada?
>
> H: "No ego, me deixou bem, né? Mas foi esse período que eu me **lembro desses dez anos, foi esse tempo que eu fique bem, bem, bem, bem, bem! Então, eu acho que é o emocional, eu tenho quase certeza que é o emocional que mexe muito..."**

H. repete o advérbio de modo, para dizer que estava feliz, pois não sentia nenhuma tontura. A entrevistada atribui seu estado emocional à presença ou ausência da tontura; observe-se que a alteração orgânica fica apagada, afastada da origem do mal estar.

No trecho, **"coisa que deu uma massageada",** há substituição do agente da oração pelo substantivo **"coisa"** que indicia sua desvalorização, enquanto que o uso da metáfora **"deu uma massageada"** aponta para os efeitos de receber um elogio.

Fragmento 25

> E: Me fala mais sobre o relacionamento de vocês.
>
> H: "Ah! Então, é **meio difícil, o relacionamento nosso é um pouco difícil, assim.** É que ele, é que nem eu falei **pra você, sabe tinha que ser ele pra explicar pra você como foi difícil pra ele essa caminhada junto com o Guilherme,** porque não é fácil **você, você, você lidar**, né? Com **aquele tom com aquela criança deficiente todo dia, apesar que** você acaba **tendo lá o seu ritmo**

> **tudo**. **E o José, acho que ele ficou, ele porque ele é músico, ele estuda lá na** URM ele é músico, ele toca flauta, ele é músico, ele é um **bom músico.** Eu acho que **ele era pra ser mais calmo pela própria música, né**? Eu acho que tem uma música do Caetano que fala, como é bom poder tocar um instrumento porque te acalma, mas a música já não acalma mais o José. **Ele é uma pessoa muito, assim, nervosa, muito estressado. Ele, ele é muito nervoso, ele é muito nervoso, aí eu falo pra ele, José. Você também precisa fazer, assim, tratamento. Porque eu já estou na menopausa, você precisa** fazer tratamento da andropausa, vai **fazer exame de próstata, vai fazer, já, já, já....”**

Quando a entrevitadora pergunta sobre o relacionamento do casal, H. inicia seu discurso falando do relacionamento dela e do marido, porém, em seguida, desliza para o relacionamento do marido com o filho, deslizamento de sentido que vincula o relacionamento do casal ao do filho.

No trecho, **“ele era pra ser mais calmo pela própria música, né”** traz a ideologia que H. tem do marido que, como músico, não deveria ser tão estressado. H. acredita que o ritmo da música deveria implicar a adoção de uma forma mais tranquila de agir.

H. afirma que o marido deve se tratar da andropausa, porque é tão nervoso quanto ela e como ela atribui o nervosismo e o estresse à menopausa, por contiguidade, a andropausa deve ser a origem do nervosismo dele.

H. associa o estresse deles ao dia-a-dia, à rotina familiar e à deficiência do filho.

Fragmento 26

> E: Judiam.
>
> H: “É judiam, assim, nesse sentindo. **Assim de esquentar a sua cabeça** de **te ofender eles falam o que, que pra você e ainda esfrega a lei do idoso na sua cara.** Então, eu digo assim, que no meu trabalho, **eu me controlo bastante**, eu me controlo **bastante**. E é um lugar que demora. Você vai lá fazer uma queixa contra qualquer

pessoa, você fica lá três, quatro horas é muito é muito cansativo. Pra você que está esperando e pra mim que estou atendendo, então, lá eu procuro **me controlar porque** de 100 pessoas, **80 te xingam**. Aí você fala é assim mesmo o processo é assim mesmo. Senhora aqui tem quase 100 mil processos, mas o pequenas causas, vocês são não sei o quê, **vocês são moles**, vocês são, não sei o que lá. **Eu vi, não sei quem tomando café, você não pode passar tomando cafezinho que você, então, lá** eu me controlo muito, **já em casa eu não me controlo tanto, né? Então, fica um relacionamento difícil..."**

No fragmento, **"de esquentar a sua cabeça ",** H. faz uso da metáfora para expressar o quanto seu trabalho é estressante. Refere ser desrespeitada pelos idosos e, para expressar esse desrespeito, H. usa outra metafóra **"esfrega a lei do idoso na sua cara",** manifestando sua impotência frente à lei do idoso que a obriga a se controlar e não responder aos xingamentos. Observa-se que em casa, H. é xingada pelo marido e não reage embora não haja lei que à obrigue a permanecer em silêncio, como no caso dos idosos.

Ocorre um deslizamento de sentido, pois H. está falando de seu trabalho e passa a se referir ao relacionamento difícil que tem com o marido. Usa o diminitivo **"cafezinho"** como forma de mostrar que não se pode parar nem para tomar café, mesmo que para isso o tempo usado seja pouco.

Fragmento 27

E: Então, em casa não se controla?

H: Muito, não me controlo muito.

E: E...

H: "Não me controlo muito, **porque eu já me segurei o dia todo**, **já me segurei** o dia todo, aí eu tenho paciência com o Guilerme, vou conversando com ele tudo, mas o José, às vezes, **ele fala, ele grita. Eu largo pra lá finjo que não escuto,** vou dormir, porque se não o aí a gente fica **brigando, fica discutindo**. **Aí eu fico**

muito, muito, muito tonta, aí eu fico dias, dias com aquela coisa virando, rodando na minha cabeça..."

No trecho: **"já me segurei o dia todo"**, ocorre o uso da metáfora, ou seja, quando chega em casa, H. afirma que não se segura mais e desconta no marido, o mal estar que a acompanha. No discurso de H., observa-se que ela associa sua tontura às brigas com o marido, às discussões que eles têm. H. faz uso da repetição "**eu fico muito, muito, muito tonta"** para manifestar a intensidade de sua tontura.

H. ao dizer "**aí eu fico dias, dias com aquela coisa virando, rodando na minha cabeça"** não deixa claro o que está em sua cabeça: se a tontura ou as brigas com o marido.

Fragmento 28

E: Me fala sobre esse muito tonta, rondando, rodando...

H:" **É, assim, quando eu to mais calma,** isso num, num, eu fico **com aquela sensação de desequilíbrio**, quando eu estou mais nervosa, mais de saco cheio, vamos dizer, assim, mais de saco cheio, que me enche o saco, enche, enche. **A tive um dia difícil no fórum, tive que agüentar e chegar em casa o dia difícil,** o dia-a-dia difícil, né? Não é difícil, é muito difícil**, tem pilha, tem aparelho que quebra,** tem isso, tem aquilo, então, aí você fica **mais tonta você vai pensando nos problemas, então**, você fica mais, não só com aquela falta de equilíbrio, você fica mais tonta..."

No fragmento acima, observa-se um deslizamento de sentido quando a entrevistadora pergunta sobre a intensidade da tontura que H. diz ter, e ela passa a descrever a causa do sintoma.

H. relaciona seu sintoma a seu estado emocional. No entanto, sempre sente uma sensação de desequilíbrio que se agrava, quando chega em casa, pois depois

de ter tido um dia difícil no fórum, ainda tem de se preocupar com o aparelho do filho e tudo isso a deixa mais tonta.

Finalizando, pode-se observar que o discurso de H. desliza pelos vários sentidos que a tontura toma em sua vida: ora relacionada ao sintoma em si, ora ao filho, ora ao marido, ora à família, ora ao trabalho. Percebe-se um deslocamento do sintoma pelas várias esferas de sua vida. Sintoma que passa a lhe ser caro, pois, sem ele, como justificar todos os seus mal-estares?

CONCLUSÃO

Conforme foi observado no Capítulo 2, a prática clínica em que se baseia a reabilitação vestibular, está voltada a execução de exercícios físicos de movimentação de cabeça e corpo, estruturados com base em pressupostos médicos, apoiados na fisiologia dos sistemas e aparelhos. Seu compromentimento tem como consequência a patologia e, tanto o médico como o fonoaudiólogo voltam sua atenção para busca de uma terapêutica que restabeleça a normalidade dos sistemas. Em decorrência da assunção deste ponto de partida, o fonoaudiólogo torna-se “surdo” aos dizeres do sujeito, deixando de considerar a singularidade de cada paciente.

Com esse estudo, propomos que o fonoaudiólogo, além de considerar o corpo orgânico, por meio da prática da reabilitação vestibular, opere uma escuta clínica voltada aos dizeres desses sujeitos, pois, como vimos no discurso de H., a tontura não se manifesta apenas no corpo orgânico, mas emerge também em seu discurso. Com a adoção da perspectiva discursiva, em especial, a Análise de Discurso de linha francesa, o fonoaudiólogo poderá considerar a subjetividade discursiva de cada sujeito durante o processo terapêutico.

Baseado nessa perspectiva, o fonoaudiólogo poderá assentar a terapia no direcionamento do sujeito, identificando a tontura como resultado da relação entre as instâncias física, orgânica e psíquica. Identificar o sintoma tontura às suas relações o que poderá levar o fonoaudiólogo a perceber o sujeito como um ser singular, não se apegando apenas ao sintoma, mas aos sentidos que este representa para o sujeito.

Cabe ressaltar que esta pesquisa buscou olhar o sintoma em um sujeito, pois à A.D. defende a primazia da intensão do discurso sobre a extensão quando da confirmação da validade de suas observações. A investigadora acredita que suas análises poderão contribuir para uma melhor compreensão do atendimento de pessoas com problemas vestibulares.

No discurso de H., observa-se que sua tontura tem mais relação com a deficiência auditiva do filho e com o marido do que com o funcionamento do sistema vestibular. A constatação da existência de uma patologia orgânica, nesse caso, parece não ser a razão da demanda de H. que se faz representar pela preocupação com a família. Obeserva-se por meio do discurso de H. que existem outros sentidos que atravessam seu sintoma.Como diz Lacan, o sintoma é o retorno da verdade, só podendo ser interpretado na cadeia significante, que só faz sentido em sua relação com outro significante" citado por Ferriolli2003.

Pelo uso dos exercícios propostos pela Reabilitação Vestibular, observa-se que sua padronização deixa de considerar o sujeito que ali está. Assim, o objetivo desta pesquisa, apresentado no início do trabalho - como e quais sintomas estão implicados no discurso dos sujeitos com problemas vestibulares - foi aqui tomado para estudar os mecanismos discursivos presentes na fala de um sujeito, expressos pelo uso de figuras da retórica como as metáforas e as metonímias que, nesta análise, integram as formações discursivas que irão apontar a posição que o sujeito ocupa em relação ao seu sintoma.

O interdiscurso, ou memória discursiva está carregado de significantes relacionados à audição ou à sua perda, desse modo, a deficiência auditiva do filho e todos os conflitos (inclusive familiares e pessoais) que são decorrentes desse

problema levam a concluir que a posição que o sujeito ocupa em sua historicidade, implica nos sintomas que emergem, como uma metáfora, que enuncia a demanda familiar. Ocorre uma relação de causalidade entre os dizeres do sujeito, a sua inserção simbólica e os indícios que marcam a presença de uma doença. O sintoma de H. que emerge por meio de sua fala em dizeres antes não significados, passa, nesta abordagem, a ser interpretado pelo próprio sujeito que, ao falar de seu(s) sintoma(s), não só lhe(s) atribui sentidos, mas também opera sobre ele(s), colocando seus dizeres e sentidos em circulação. Entende-se que esta circulação de dizeres poderá ser operativa em sua doença, contribuindo para maior eficácia da chamada reabilitação vestibular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMÁ, L..A.G.; OLIVEIRA, M.C.A.G. *Reabilitação Vestibular: Nossa Experiência Vestibular*. Revista Brasileira Otorrinolaringologia. 60(2), p. 113-6, 1994.

ALVES, R.C.D. *O discurso de idosos Institucionalizados*. Monografia de especialização PUC-SP. 2002.

AZEVEDO, N.P.S.G. *Uma análise discursiva da gagueira*: trajetória de silenciamento e alienação a língua. Tese de mestrado, PUC.SP. 2000

BALEEIRO, E.M. *A vertigem e o psicanalista/otorrinolaringologista. Vertigem tem cura? O que apreendemos nestes últimos 30 anos*. p 147-156, 1998.

BARBOSA,M.S.M.; GODOY,N.P.; CAMPOS,M.I.; SUZUKI,F.A.; GANANÇA,M.M. *Da estimulação optocinética como auxilio na compensação labiríntica em síndromes vestibulares periféricas.* Revita Acta AWHO, 12(1),p29-32, 1993.

BITTA,R.S.M.; PEDALINI,M.E.B.; FORMIGONI,L.G. *Reabilitação Vestibular*: Uma Arma Poderosa No Auxílio a Pacientes Portadores de Tontura. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**,** 65(3),p.266-69, 1999.

CAMPOS, C.A.H. *Principais quadros clínicos no adulto e no idoso* In: GANANÇA MM, ed. Vertigem tem cura? O que aprendemos nestes últimos 30 anos. São Paulo: Lemos Editorial; p. 49-57, 1998

CAOVILLA,H.H.;GANANÇA,M.M. *Reabilitação vestibular personalizada*. In GGANANÇA, M.M. Vertigem tem cura? São Paulo: Lemos, p.197-223, 1998

CASTRO, AS.D. *Dizziness Handicap Inventory;* adaptação cultural para o português brasileiro, aplicação, reprodutibilidade e comparação com os resultados à vestibulometria. Dissertação de Mestrado, universidade Bandeirante de São Paulo, 2003.

CATELLANO,G.B. *Análise do discurso de sujeitos disfonicos*. Monografia de especialização, PUC-SP. 2002

CAWTHORNE,T. *The physiological basis of head exercises.* J Chart Soc Physiother. 106-107,1944

COOKSEY,F.S. *Rehabilitation in vestibular injuries*. Proc Royal soc Med. V39, p.273-278,1946

DOLTO,F.*A imagem incosciente do corpo*.1º ed.,2º reimpressão. São Paulo Editora: Perspectiva. 2002

ELHASSAN,S.; GUZMÁN,P.V.; ZEIGELBOIM,B.S.; MURBACH,V.F.; FRAZZA,M.M.; GANANÇA,M.M. *Exercícios optovestibulares na reabilitação vestibula.* Acta AWHO**,** 20(2),p70-73, 2001.

EPLEY,J.M. *The canlith repositioning procedure for treatmento of benign paroxysmal positional vertigo.*Otolaryngol Head Necck Surg,107 p.399-404,1992

FERREIRA,A.B.H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira,2003

FERRIOLLI, B.H.V.M. *A análise de discurso como proposta clínica fonoaudiológica nos casos de disfluência da fala*. Relato de caso, In *Tratado gagueira:diferentes abordagens*. Isis Meira (org) SP: Cortez , .2002

_____ *Objeto Do desejo:* a manifestação metafórica e metonímica no retardo de linguagem. Tese de Doutorado, USP- Ribeirão Preto-SP, 2003 .

FREIRE,R.M.,ARAUJO,M.H.,BUENO,T. *Orientação: um procedimento da ordem do equivoco.* Trabalho apresentado no12º Congresso Mundial da AILA-International Association of Applied Linguistics, Tóqui,1999.

FREIRE,R.M. *Análise da afasia sob uma perspectiva discursiva.* In PASSOSM.C.;Fonoaudiologia Recriando Seus Sentidos, São Paulo Editora Plexus.1996

FREIRE,R.M.,RODRIGUES,A.C. *O papel do fonoaudiólogo na terapia da afasia.*Distúrbios da Comunicação, São Paulo, vol.2,nº6 p.129-140, junho,1994

FORMIGONI,L.G.; MEDEIROS,I.R.T.; SANTORO,P.P.; BITTAR,R.S.M.; BOTTÍNO,M.A. *Avaliação Clínica das Vestibulopatias na Infância*. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**,** 65(1) Janeiro-Fevereiro, 1999.

GANANÇA MM, CAOVILLA HH. *Farmacoterapia racional da vertigem*, ed. Vertigem tem cura? O que aprendemos nestes últimos 30 anos. São Paulo: Lemos Editorial; p. 227-235, 1998.

GANANÇA, F.F., Castro, A.S.O.,Branco, F.C., Natour, J. *Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica*. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, vol.70, ed. 1 janeiro-fevereiro , 2004.

GANANÇA, M.M., CAOVILLA HH. *Desequilíbrio e reequiblíbrio*. In: GANANÇA, M.M., ed. *Vertigem tem cura? O que aprendemos nestes últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial; p. 13-20, .1998.

GANANÇA,M.M.; MANGABEIRA ALBERNAZ,P.L.; CAOVILLA,H.H.; ITO, Y.I.; ITO,A.J.; NOVO, N.F.; JULIANO,Y. *Drogas Anti-Vertiginosas*. Revista Ars cvrandi**,** 21(7), p 40-48, 1988.

GANANÇA,M.M.; MANGABEIRA ALBERNAZ,P.L.; CAOVILLA,H.H.; ITO, Y.I.; GANANÇA,,F.F.,PONTES,P.A.L.,MOREIRA,E.,LEMOS,M.SALTINI.C. *Reabilitação do paciente labiríntico por meio de exercícios optovestibulares*,87º Encontro de Especialista Ache- Atualização Dianóstica e Terapêutica.p.35-37,1989

GANANÇA.FF; GANANÇA C.F; *Vertigem Na infância e na adolescência.* In: GANANÇA MM, ed. *Vertigem tem cura? O que aprendemos nestes últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial; p. 37-47, 1998

GANANÇA,M.M.; *Farmacoterapia racional da vertigem.* In: GANANÇA MM, ed. *Vertigem tem cura? O que aprendemos nestes últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial; p. 227-235, 1998.

GIRARDI,A.L.F.N., *O bebê pretaturo no Discurso de suas Mãe*. Dissertação de Mestrado, PUC-SP, 2003.

HERDMAN,S.J. *Vestibular rehabilitation.* In: BALOH,R.W.;HALMAGYI,G.M.(EDS) *Disorders of the Vestibular System.*New York,Oxford, p.583-597,1996.

JACOBSON, G.P; NEWMAN, C.W. *The Development of the Dizziness Handicap Inventory*; Archives of otolaryngology-Head neck surgery, p.424-427,1990.

KUHN, A.M.B.;CASAGRANDE M.C. *A contribuição da avaliação psicológica*. In GANANÇA; MM, *Vertigem tem cura? O que aprendemos nestes últimos 30 anos.* São Paulo: Lemos Editorial; p.127-133, 1998

LAVINSKY,L.; LAVINSKY,M. *Como utilizar os recursos cirúrgicos no tratamento da Vertigem:* Ganança MM, ed. Vertigem tem cura? O que aprendemos nestes últimos 30 anos. São Paulo: Lemos Editorial; p.247-261, 1998.

LEAVY, I, O´LEARY, J.L. *Incidence of vertigo in neurologic conditions*. Transactions of Americam Otology Society; 35;329-47, 1947

MAUDONNET,E.N.; MAUDONNET, O.Q. *Reabilitação vestibular: bases Neurofisiológicas*. Revista Acta AWHO**,** 19(4),p193-8, 2000

MCKENNA,L.,HALLAM,R.S.,HINCHCLIFFE,R. The prevalence of psychological disturbance in neuro-otology outpatients. Clin Otolaryngol,16, p.452-456,1991

MOREIRA, D.A. *Estudo do handicap em pacientes com queixa de tontura, associada ou não ao sintoma zumbido*. Especialização em Audiologia, IEAA-Instituto de Estudos Avançados da Audição- São Paulo, .2003.

MOR,R.,FRAGOSO,M.,TAGUCHI,C.K.,FIGUEIREDO,J.F.F.R. *Vestibulometria & Fonoaudiologia como realizar e interpretar* São Paulo: Lovise Editorial; 2001.

NEVES, C.S.B. *A Atuação do Fonoaudiólogo na Reabilitação Vestibular*. Mestrado em Fonoaudiologia PUC-SP, 2002.

NORRÉ,M.E. *The unilateral vestibular hypofunction*. Acta Otolaryngol., Belgim,v.33.n 3, p.333-336,1979.

NORRÉ,M.E,;BECKERS,A. *Vestibular habituantion training.*Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 114, p.883-886,1998.

ORLANDI, E.P. *A Língua e seu funcionamento*: as formas do discurso. Campinas: Pontes, 1987.

_____ *O Lugar das sistematicidades lingüísticas na Análise de Discurso.* Delta., 10(2):295-307, 1994.

_____ *O que é lingüística*. 8ed. São Paulo: Bradiliense, 1995.

_____ *Discurso e Texto: Formulação e Circulação dos Sentidos,2001* .

_____ *Análise de Discurso. Princípios e Procedimentos*.Campinas: Pontes, 4 ed, 2002.

_____ *Intrepretação Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*.Campinas: Pontes, 4 ed, 2004.

PASSO, M.C.A.P.P. *Consideração preliminar sobre a origem da gagueira*: o discurso dos pais. Monografia de especialização, PUC-SP, 2001.

PÊCHEUX, M. *O Discurso- Estrutura ao Acontecimento*. Tradução: Eni Pulcinelli Orlandi. Campinas: Pontes, 1990

PÊCHEUX, M. *Semântica e Discurso.Uma critica à Afirmação do Óbvio* Tradução: Eni Pulcinelli Orlandi. Campinas: Editora da Unicamp, 3º edição.1997

PEDALINI, M.E.B; BITTAR, R.S.M. *Reabilitação Vestibular*: Uma proposta de trabalho. Revista Pró- Fono**,** 11(1), p 140-4, 1999.

PRATT, R.TC,; MCKENZIE, W.Annxity states followin vestibular disorders. Lancet, p.347-349,1958

RAMOS, S.; RAMOS, R.F. *Medidas complementares no tratamento da vertigem*: GANANÇA MM, ed. *Vertigem tem cura? O que aprendemos nestes últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial; p. 237-245, 1998.

SCHILDER,P. *A imagem do corpo. As energias construtivas da psique.*São Paulo Editora: Martins Fontes 1994

SETTANNI,F.A.P., *A contribuição da avaliação neurológica.* GANANÇA MM, ed. *Vertigem tem cura? O que aprendemos nestes últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial; p. 135-145, 1998.

SOBRINO, A. *Dizer o Dito:* A Questão da Interpretação na Fonoaudiologia. Revista Distúrbios da Comunicação, v.8 n.1. São Paulo: Educ, 1996.

TFOUNI,L.V.,FERRIOLLI,B.H.V.M. *O discurso dos pais e a gênese do retardo de linguagem na criança.* Revista Pró-Fono: Revista de Atualização Científica, Março, vol.13,nº1,2001

TAGUCHI, C. K. *Reabilitação Vestibular Tratado de fonoaudiologia.* p.713 -724, 2004

TAGUCHI, C.K. *Validação do questionário de handicap para tontura*. Revista Unicastelo, v3,n4 p.93-100, 2001

YARDLEY,L Prediction of handicap and emotional distress in patients whith recurrent vertigo:symptoms, coping strtegies, control beliefs and reciprocal causation. Soc Med . 39(4) p. 573-581

YARDLEY,L.,MASSON,E.VERSCHUUR,C.,HAACKE, N.,LUXON,L.,Symptoms, anxiety and handicap in dizzy patiens: development of the Vertigo Sympton Scale. J Psychossom Res p. 731-741 v.36 1992

YARDLEY,L.,PUTMAN,J. Quantitative analysis of factors contributing to handicap and distress in vertiginous patients: a questionnaires study. Clin Otolaryngol 17 p.231-236 1992

ANEXO 1

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA

Consentimento Livre e Esclarecido

Você é convidado a participar da pesquisa que se intitula “Tontura e suas implicações: para além do corpo orgânico”.

O objetivo desta pesquisa é verificar quais são as implicações da tontura na sua vida. Para isto, pretendo utilizar o procedimento de Análise do Discurso.

Caso aceite participar como sujeito, nesta pesquisa, você fará de uma entrevista aberta; para a registrar o conteúdo da entrevista será utilizada gravação em fita cassete.

Não existem benefícios médicos ou fonoaudiológicos diretos para você neste estudo; entretanto, seus resultados possibilitarão aos pesquisadores entenderem mais sobre a queixa das pessoas que sentem tontura e assim, os fonoaudiólogos poderão implementar ações de reabilitação. Não existem riscos ou desconfortos associados a este estudo.

Fica claro que sua participação será voluntária, não sendo obrigado a responder a todas as perguntas se não quiser, mesmo que já tenha assinado o consentimento de participação. Se desejar, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, e isto não trará para você nenhum prejuízo ao atendimento.

Não será pago nenhum valor em dinheiro, ou qualquer outro bem, pela sua participação.

Os seus dados serão mantidos em sigilo. Você não será identificado de forma a assegurar-lhe a privacidade, em qualquer contexto nos quais os resultados venham a ser apresentados. Fica claro que os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais e revistas profissionais ou apresentados em Congressos profissionais com o devido cuidado de se utilizar nomes fictícios, sendo omitidos quaisquer dados que possam identificá-lo.

Estas gravações não serão reveladas a menos que a Lei as requisite.

Fica claro que o registro em fita cassete será ouvido pelo pesquisador responsável e por seu orientador.

Você poderá esclarecer suas dúvidas durante toda a pesquisa com a fonoaudióloga Vanessa Cristina Lardaro,na Rua Gaspar Soares nº 640, Jardim São Paulo, São Paulo, ou pelo telefone (011) 99808575.

Consentimento: Eu compreendo meus direitos como sujeito desta pesquisa e, voluntariamente, aceito participar do estudo. Fui informado suficientemente a respeito das informações que li, ou que foram lidas para mim, sobre a pesquisa “Tontura e suas implicações: para além do corpo orgânico”.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos deste estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação no estudo é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar e sei que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízos no meu atendimento.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e esclarecido para participação no estudo.

_____ _____
___/____/___

Nome do paciente Assinatura data

_____ ____/____/____

Vanessa Critina Lardaro data

ANEXO 2

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS POS-GRADUADOS
EM FONOAUDIOLOGIA

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

São Paulo, 17 de fevereiro de 2005.

Prezados Srs.,

A análise da dissertação *"Tontura e suas implicações para além do corpo orgânico"* da aluna de Mestrado **VANESSA CRISTINA LARDARO**, nº Ética0205/2003, sob a orientação do Prof. Dr. Regina Maria Freire, atende os critérios éticos da Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à pesquisa que envolve seres humanos.

Profa. Dra. Teresa Maria Momensohn dos Santos
Comissão de Ética
P.E.P.G. em Fonoaudiologia

RUA MONTE ALEGRE, 984 - PERDIZES - CEP 05014-001 - TEL.: (11) 3670-8000 - SÃO PAULO - SP

ANEXO 3

E: O que te trouxe aqui, Helena?

H: Uma labarintite. (não deu para entender).

E: Uma o quê? (não deu para escutar)

H: Uma Labirintite que eu tenho...

E: O que é isso?

H: É uma tontura, né? Uma constante, uma tontura constante, há uns dez anos mais ou menos. iii começou. Eu me lembro foi de um estresse que eu estava sentindo é, tava trabalhando num ambiente mui... que eu era muito pressionada, né? Aí eu tive uma tontura, rodô, rodô, rodô, rodô, rodô, rodô, fiquei rodando quatro meses. Aí de lá, eu fui para vários médicos... um é, foi o médico do ouvido que me mandou pro médico da coluna, pro médico de não sei o quê, não sei o quê. Foi indo, passando, passando, passando e a tontura não passava. Ela diminuiu daquela crise, a tontura não passava, aí. Depois de eu ter passado em nem sei todos os médicos. Acho que em todas as especialidades que tinha, porque o médico, do ouvido pediu, ele falou: olha, você tem o que chamamos de “Mal de Ménière”. Aí, ii você vai ter que aprender a conviver com isso. Até então, eu já tinha tomado vários remédios, tomava um, trocava, tomava outro, outro, outro, outro. E, assim, eu vim convivendo. Então, quando eu tenho uma crise muito forte, aí que eu vou ao médico, porque você acostuma viver. Eu acostumei viver com tontura, a comer com enjôo, a comer e botar pra fora, come de novo é tontura, é uma constante, né? É eu tô dormindo, se eu acordo assim pra beber uma água, tá aquela coisa rodando, né? É eu tenho uma falta de equilíbrio, como se eu tivesse sempre de fogo, né? Se to, to, si tenho sim, sempre uma falta de equilíbrio direto. Hi, então, quando eu tenho crise, eu vou ao médico, aí ele me dá dramin, não sei o quê lá. A crise passa, tomo um remedinho e outro e continuo. E há umas três semanas atrás, eu acho. Eu tive uma crise muito forte e fui num Doutor Marco Aurélio. Aí ele falou, para mim, você já ouviu falar de terapia, essa terapia que eu tô fazendo aqui, que eu esqueci o nome; Aí, eu falei que não. Aí ele falou agora tem uma terapia pro labirinto, né? Se tem problema num, aí pediu para eu fazer aquele otoneurológico completo. Que horrível, né? Enche os ouvidos da gente de água. Deus que me perdoe! Aí se tem a impressão de que cê tá rodando, aco, aco, aquela coisa é horrível. Aí, me indicou aqui. Aí, eu vim pra fazer

os exercícios. Hoje é o primeiro dia, né? A semana passada ela disse que colocou... ela me mostrou uns, cristaizinhos, né? Hiii ela ia fazer umas manobras para colocar os cristaizinhos no lugar, né? Aí ela fez, colocô e falou agora cê tem que ficar com o pescoço duro, né? Aí ela fez tudo. Ai, o ai, ai, quando cheguei em casa, eu falei pro meu marido. Ele falou era as merda na sua cabeça que estava fora do lugar. (risada) Agora foi tudo que eu cheguei em casa, bem melhorzinha da tontura, mas fiquei com o pescocinho duro e tal; Então, tô aqui, minha filha! Já que tem isso, vamo fazê, porque eu já fui, já fiz de tudo. Eu já fiz cirurgia espiritual lá no Doutor Frits, de não sei de quem. Eu fui, né? (suspirou) Tudo que me ensina, você tá com crise, veste roupa verde, já ouviu falar nisso? Pois é, eu vestia verde, é o que que era pra dormir, não sei o quê que era pra dormir embaixo, do embaixo do travesseiro, punha também, eéé iiiiche tudo, tudo, tudo, tudo na vida, dez anos, né? Então, eu falo que essa labirintite é minha velha companheira, ela não me larga, essa desgraçada!

E: Difícil né?

H: Difícil, mas sei lá se, é difícil, né? Porque quando é assim de lá pra cá, eu não sou a mesma pessoa, porque quando você, você fica, você eu entro na crise, ela dá depressão muita depressão, porque você nunca tá bem. Eu estou aqui conversando com você, mas você estaaaa, né? Eu minha cabeça você não está, você tá aí. A minha cabeça que Tá, né? É sempre assim, né? Sempre a vida toda, assim, daí é uma coisa, assim também que a família acostuma nem liga mais pra você, você fala tô com tanta tontura. Ahh (gesto com a mão) tontura cê tá comendo que nem não sei o quê, cê tá assistindo televisão, eu leio muito eu gosto muito, de lê, cê tá lendo como é que você tem tontura? Então, você acaba ficando, você só você e a sua doença, né? Se ela tá muito, se ela tá pouco, eu saí sozinha, às vezes, eu to indo, assim, eu tenho que dar uma paradinha ou fixar num ponto parar na rua assim, como se estivesse esperando alguém fixar um ponto e prosseguir porque é assim.

Nessa hora, começou ter um barulho (serra, telefone) muito alto próximo à sala onde estávamos.

E: Me fala mais dessa sua depressão.

H: Do que você quer saber? Dá depressão, eu acho que é por causa da Labirintite, porque eu nunca tô bem, assim, aí a gente fica uma pessoa amarga, né? Eu sou uma pessoa insuportável... Eu mesma acho que sou, tem hora que eu sou insuportável, porque eu nunca tô no meu normal. Então, tudo me irrita, tudo me irrita, barulho me irrita ééé. Eu, eu, eu gosto muito de criança, mas o barulho da criança me irrita. Eu tô com assim muito sensível. Eu acho, né? Com o ouvido muito sensível. Então, tudo me irrita e eu trabalho com o público, eu atendo pessoas, então, assim tem o balcão. Aqui, tem 100 pessoas aí pra gente atender. Aqui, eu trabalho no fórum, né? Então, tem 100 pessoas ali pra gente atender, aqui tem uma pessoa falando no microfone, do meu lado, dois passos para lá, falando no microfone porque tem que apregoa as testemunhas ou o réu, ou sei lá quem, para elas subirem. Por causas daquelas 100 pessoas, ela a pessoa grita no microfone e eu trabalho ali, né? Então, até que fazia tempo que eu não tinha crise. Fazia tempo que eu não tinha crise, mas quando ela deu, ela veio eu tava no cartório. Eu tava bem, eu saí. Assim, quando eu sentei. Aí tudo começou a rodá, rodá, rodá, rodá, rodá Hiiiiiiii. Então, eu acho. Assim, eu tô sempre com depressão i há muito tempo atrás, há uns 10 anos aí pra trás que eu fui num médico. Em outro, porque eu fiquei quatro meses com uma coisa que rodava, sabe? Não parava porque quando eu tenho crise, a minha crise não pára com um, dois dias é 15, 20, 30 dias. Aí ela dá uma melhorada porque sara mesmo muito difícil. Então, é, então, tem depressão. Ah, sim direto, né? Assim ansiedade aí quando apareceu isso uma médica me passou um calmante que eu tomei. Um tempo depois, não tomei mais, não tomei mais, não tomei e é um negócio que não vou tomar. Não vou toma, Doutora, não vou tomar, não vou ficar tomando calmante. Agora, eu passei de novo e o doutor Marco Aurélio me passou o Rivotri®l, né? Que é o que me deu uma segurada, então, agora eu sou obrigada a tomá, não que eu gosto, mais um melhora, mas, que passa mais, a depressão é uma constante...

E: Me fale mais dessa sua ansiedade?

H: Ah, dá ansiedade! Ah, sou ansiosa, né? Sei lá, sou aquela pessoa que não tem paciência para ir calmamente na escada rolante, né? Já subo voando assim, né? Não sou eu, não tenho paciência e, às vezes, eu acho que a ansiedade. Agora não que eu tô tomando remédio, eu tô calma, mas, às vezes, eu acho que a minha ansiedade é tão grande que ela vai pular para fora do peito. Então, eu acho que foi até bom, porque ansiosa demais afoita de mais, ansiosa pra comer, pra falar com as

pessoas porque tem 100 pessoas para atender. Quero atender logo hiii faz isso e faz... tudo na ansiedade, tudo, tudo, tudo, tudo, tudo, tudo. Mas, eu tenho, é eu sou ansiosa, mas eu sou ansiosa, mas eu sou de movimentos lentos. Sei lá, sei lá, não sei se você entende. Assim, eu, eu acho que eu tô mais ha muito esquecida muito, muito, muito, muito. Agora muito de mais da conta éééee, às vezes, eu to pensando, por exemplo, eu moro lá em Francisco Morato perto de Jundiai. Bom, vou vê, pega o trem, vou pegar o metrô hiiii. Vou lá na Doutora, não sei o que lá. Não sei o que lá. Aí eu para nossa o que eu tava pensando mesmo. Eu esqueço, o que eu tava pensando. Aí, eu fico. Ah! Não sei, aí eu penso outra coisa! Aí eu depois vou lembra outra coisa, já estou nesse nível. Até esqueci de falar pra doutora, assim, éé. Assim ansiosa de mais hiii e tô com esqueci de falar pra ela, também, desde desse tempo pra trás. Eu não consigo memoriza nada, quase num consigo guardá. Assim, quase nada na cabeça. Assim, eu, eu apreendo aqui e daqui a pouco, eu já esqueci ali. E, assim, eu vou vivendo; também, isso foi aumentando devagarzinho. Assim, eu fui percebendo, mas eu nunca tratei disso. Aí foi aí, aí, foi aumentando, foi aumentando, assim...

E: Assim?

H: É então, eu, eu, eu não tenho mais muita facilidade pra apreender as coisas. Antigamente, eu apreendia rápido tudo muito mesmo, lá mesmo no fórum, mesmo lá no trabalho, né? É, eu já vinha, já ensinava e rapidamente eu pegava. Agora já não mais assim a, às vezes, eu também tenho a sensação de não estar ouvindo direito, mas eu fiz audiometria deu que ta tudo bem, mas às vezes, eu acho eu não ouço nada...

E: Nossa! mexe tanto assim?

H: É muitos anos, né? Mexe bastante, eu tenho um filho deficiente, né? O Guilherme, assim, deficiente auditivo. É ele tá até apresentando essas tonturazinhas, né? Então, eu preciso trazer o exame dele pra doutora dar uma olhadinha, também, mas ele já tá moço, tá trabalhando. Ele é um menino também que ele, ele, ele cansa bastante a gente! (suspiro profundo) Cansa bastante, às vezes, quando a gente vai falar com ele, eu até sinto uma pressão na cabeça, assim, porque ele é muito teimoso, sabe? Se ele falar que isso aqui é um telefone não adianta falar que não é. Não adianta só se ele pegar e não falar alô? Daí, então, ele é um menino bastante difícil. Apesar disso ele estudou no Derdic, se conhece o Derdic? Da PUC. Ele

estudou lá dos dois anos até terminar o a oitava série. Estudou lá numa escola que deu um apoio bom pra ele. Deu hi é, ensinou ele a ser independente, né? Nossa! Uma escola ótima! Mas ele, assim, tá é um menino difícil e ele consegue, às vezes, desestabilizar eu e o pai. Agora melhorou um pouco porque ele tá trabalhando na Melhoramentos onde faz cadernos, lá em Caieiras, né? Então, melhorou um pouco, mas, ele reclama muito. Antigamente, ele se queixava que não tinha trabalho porque era surdo pá, pá. Agora, tá trabalhando, ele trabalha ah numa, ele trabalha lá de ajudante geral. Então, é um trabalho mesmo e trabalha três períodos, né? Às vezes, trabalha de manhã, às vezes, à tarde, às vezes, a madrugada, e ele reclama de tudo, ele é reclamão. Ele é reclamão. Então, a gente fala pra você, nada tá bom. Você reclama demais isso me estressa muito, muito, muito, muito. Então, eu tento passar para ele que as pessoas normais, elas não têm trabalho. E ele tem trabalho, puxa vida! Será que você não entende, ele não ganha mal e como ele faz muita hora extra tira mais de mil reais por mês. Então, a gente fala, administra o pai, né? Administra lá o dinheirinho dele tudo, mas nunca nada tava não tá bom, ele reclama. Reclama é onde que ele me esg... estressa bastante, também, então, se tem que. Eu acho que eu já não tenho mais paciência com ele. Nem eu, nem o pai. Então, a gente se segura bastante. É, mas ele dá um estresse, assim, a gente, acho que, quando ele fosse trabalha ia melhorá o ambiente dentro de casa. Porque ele consegue, às vezes, desestruturar todo mundo. Hi fora teve tudo, teve escola, teve o Derdic. Entrou com dois anos, puxa vida! Meu Deus! Teve apoio, teve a psicóloga, teve tudo. É aprendeu tudo, é que se ele fosse normal, ele ia ser, assim também teimoso. Entendeu é a natureza dele mesmo, acho que nem é por causa do ouvido tanto porque o pai é um pouco assim...

E: O pai é um pouco assim...

H: Teimoso, teimoso, teimoso, teimoso e o outro é teimosinho, teimosinho, teimosinho, entendeu? É é tão difícil quanto, entendeu? Eles são bem parecidos, assim, então, eu falo que eles brigam muito, porque eles são iguais, né?

E: São iguais...

H: Eu acho que são, teimoso, né? São iguais, tem o mesmo temperamento, são os dois bastante teimosos, então, dois bicudos, né?(risada)

E: Dois bicudos...

H: Não se beijam (risada)

E: Dois bicudos não se beijam...

H: É.

E: Me fala mais disso.

H: Acho que não tem mais nada pra falar, o que você quer, que eu fale? Da minha casa, da minha família, o que você quer? Da minha labirintite?

E: Me fala mais do relacionamento deles... de serem bicudos.

H: Ah, então, não. É que porque o Guilherme. É, assim, o Guilherme. É um menino difícil, então, você tem que explicar para ele. Muitas vezes, muitas vezes, pra ele poder entender não que ele que ele tenha o raciocínio lento nada, é porque ele, ele acha que é desse jeito, tem o temperamento muito forte. Ele acha que é desse jeito e o José porque assim quando o Guilherme era pequeno, era, era pequenininho, Ah! E a gente arrumou essa escola para ele lá no Derdic, eu sempre morei em Francisco em Morato e a escola dele era no Ibirapuera. Então o José é que acompanhou o Guilherme levava porque eu trabalhava no fórum da minha cidade, porque eu tenho mais dois filhos. Não tenho só o Guilherme, eu tenho o Roberto que tem 23, a Carolina que tem 22 e o Guilherme que tem 21, o José falou: então, pode deixar porque eu tenho mais facilidade, eu levo e tal por causa do trabalho dele e você fica em Morato. Também tem mais dois, né? E assim foi então o relacionamento de pai e filho nesse período era muito bom, mas assim o Guilherme, sempre teimoso desde pequenininho, né? Desde pequenininho, ele era teimosinho, mas ele tava sempre acompanhado do pai, aquilo que você vê, nas escolas de surdo que você vê, a mãe era o pai que tava lá, era sempre o pai. E eu ensinava em casa e tudo mais e assessorando tudo mundo. Mas, mas, mas, o Guilherme sempre um menino difícil! E eu falava, você não acompanha o Guilherme. dia-a-dia você não sabe como ele é difícil, né? E a gente passava isso pra psicóloga do Derdic, pra fono, pra professora. Mais aí, ela falou pra mim que um pouco todos eram sabe? Um pouco que todos eram meio bicudo, teimoso, assim, Hiii! Ai depois o Guilherme foi tendo 13, 14 anos e já foi fazendo o caminho dele sozinho e quando, e quando ele estava que o José acompanhava. Daí o José falava isso, aqui não é um telefone isso aqui é um gravador, telefone é isso aqui. Se tá vendo veja, se o telefone, se aqui no gravador você vai conseguir falar, quando o pai, que ele começou a caminha sozinho, então, o Guilherme. As coisas eram do jeito dele, era aquilo e como não tinha ninguém ali para falar que não era. Então, foi ficando mais difícil, você está entendendo. Pra ele chegar em casa não e não e não. E o relacionamento foi ficando, assim, ele ficou bem independente. Ele vai passear, ele

vai para o shopping, para a praia com os amigos dele. Agora ele está namorando, né? Mais ainda a gente tem que pra mostrar as coisas para ele a gente tem que falar muito, falar explicar bastante pra ele e isso cansa a cabeça de qualquer um, porque agente tá meio cansado.

E: Cansado

H: E cansado, cansado, mentalmente! É se você lidar com uma pessoa 21 anos que... aaa você tem que explicar dez vezes a mesma coisa pra ela, porque ele não entende, a e não aceita também , acaba depois entendendo, aceitando, a gente vai conversando, conversando, conversando. E é, e isso!

E: Nossa! Isso mexe muito com a senhora, né?

H: Mexe, mexe mais com o Guilherme, ah! você acaba tirando de letra sabe. Assim, depois ele, ele tem na a teimosia dele e eu deixo ele pra lá. Aí quando ele está mais calmo, tudo aí, eu vou lá converso e tudo mais o José. Já não tem muita paciência mais, aí eu vou lá e converso com o José. Depois, o José porque o José é o ponto de referência ponto de referência para o Guilherme. E o pai, José? O pai que acompanhou, e derrepente largou, largou assim largou de acompanhar porque ela já tava mocinho e porque também a psicóloga no Derdic quase quase batia em nos dois. Porque o Guilherme tinha 15 anos e um ia buscar e o outro ia levar. E, todas as crianças, já caminhavam sozinha, então, a gente foi quase que obrigado, né? O Guilherme sentiu essa falta e disse-me o meu marido que, quando deixou o Guilherme sozinho, ele perdeu o chão. O meu marido perdeu o chão, ele também estava acostumado.

E: Acostumado a o quê?

H: A levar o Guilherme todo dia e voltar, levar e voltar, ele acostumou 15 anos naquela rotina. Quando o Guilherme começou a caminha sozinho, o José, meio que perdeu o chão, ficou meio perdido também. O Guilherme seguiu, adorou, né? Pegava trem sozinho, pegava ônibus, encontrava lá com os amiguinhos tudo e o José ficou meio que no meio do caminho, meio perdidão e aí foi isso e aceitou.

E: Perdidão? Me fala mais sobre esse perdidão.

H: Não, não sei dizer. O José ficou assim, ele acompanhava sempre o filho, acompanhava o filho. Aí Guilherme começou a caminhar sozinho e o José ficou assim e assim, como se você tivesse com filho de três anos de idade e derepente você perdeu ele. Você perdeu ele, você perdeu ele, entra numa loja qualquer e você não viu. Então, ele ficou perdido porque durante tantos anos a rotina dele era ir na

Dercic. Voltar e tal e tal e tal, até ele se encaixar novamente. Demorou um pouco acho que até ele entender e aceitar que o Guilherme já era mocinho e que já podia caminhar sozinho, porque a gente a gente, tinha e tem medo, um medo maior, né? Então, e e o perdidão é isso aí!

E: E o quê?

H: O perdidão é isso aí.

E: Me fala mais sobre esse medo maior.

H: O medo que a gente tinha, é de deixar o Guilherme caminhar sozinho na rua, com medo da maldade, com medo de as pessoas perceberem que, que, por causa daquela deficiência dele e judiar dele, medo normal, mas a gente tinha um medo maior, porque o Guilherme é uma criança defi, né? Deficiente e até ingênuo, né? Um pouco ingênuo na época.

E: Ingênuo?

H: É ingênuo, não tinha e não percebia a maldade. Tipo assim se você vai num banco, por exemplo, você vai no banco, você tira dinheiro derepente você percebe que está sendo seguida. O Guilherme não tinha isso, tinha que treinar isso, porque o Derdic meio que obrigava, tem que fazer tudo sozinho e tal, né? Então, ele tinha essa, essa ingenuidade de não perceber que tinha gente seguindo, né,? É isso.

E: Deve ter sido momentos difíceis, né?

H: Ah foi, foi, passou, passou tudo!

E: Passou?

H: Passou, porque hoje ele sai e, assim, o que tiver que acontecer com o outro, com outro, com ele, não sei o mundo ta tão virado que, que não... é porque ele é deficiente. Não é porque ele é defi que eu acho assim. Agora não, e porque ele é deficiente que vai acontecer mais com ele do que com outro, porque eu acho que o perigo agora, né? E com todos, então, eu tenho uma preocupação com ele agora, mas já não é aquela preocupação aquela coisa de ficar assim sem dormir. Não fico, ele tem o celularzinho dele, passa mensagem para o pai, eu estou na casa do V. tal, ou a mãe do V. liga, ele tem lá os amigos dele.

E: Me fala mais sobre essa preocupação.

H: Não sei mais o que te falar. Já te falei, não tenho mais, tudo que me causa a labirintite é isso aí. Eu acho, né? Não sei.

E: Então, você acha que é isso que causa a sua labirintite?

H: Não, não e só isso, né? Não é o Guilherme, de jeito nenhum eu acho que é o fato de eu ser é ansiosa, estressada, impaciente. Acho que é isso, porque teve um momento o ano passado, até esqueci de falar para o doutor, eu sempre tive tontura, né? Essa sensação de desequilíbrio isso é direto, direto, direto, direto, direto, direto... Mas, no ano passado, eu tive um mês de muita alegria que há muitos anos que eu não tinha, que não estava, que eu não tinha ficado tão feliz, com uma sensação. A sensação de felicidade, não. Aquele momento, eu tive um mês de felicidade, um mês, que coisa! Nossa! Eu levantava, tinha uma disposição, porque me aconteceu um negócio na minha vida, muito legal pra mim, e foi uns dois meses assim, mas acho que durante um mês, um mês e meio, eu não tive um só dia de tontura, porque a minha alegria aquela coisa de dentro, acho que ela tava lá dentro mesmo. Não era uma coisa artificial e eu tive, eu fiquei sem tontura nem uma nada, nada, nada. Eu levantava porque, assim, eu deitada. Eu tô deitada, eu olho pra cima, tá rodando. Eu, eu sento, tá rodando. Eu levanto, a sensação o é de desequilíbrio, eu pego o trem. Quando eu saio, a sensação, metrô horrível, pra mim! Pior coisa do mundo é o metrô. Enquanto, eu fiquei nesse estado de alegria, durou uns dois meses, eu não tomei remédio. Eu não tomei nada, nada, eu não tive absolutamente nada, por isso que eu acho que é emocional, assim. Virou uma coisa crônica, mas, o meu emocional, tava muito, acho, que bom. Equilibrado, acho que eu me equilibrei. Eu fui, assim, melhorando. Até achei que tinha sarado, fui melhorando, melhorando não tive a ansiedade. Não tive depressão, não tive nada, tive um período ótimo, aquilo passou e aquilo voltou.

E: Fala mais sobre esse período de felicidade.

H: Eu não posso, te fala o que é.

E: Algo bem legal?

H: Algo bem legal pra mim, bem legal pra mim, coisa boa pra mim que aconteceu, junto que, além de acontecer esse negócio legal eh... Eu recebi um elogio também no meu trabalho, uma coisa que deu uma massageada, né? Então aquilo me deixou bem também.

E : Uma massageada?

H: No ego, me deixou bem, né? Mas foi esse período que eu me lembro desses dez anos, foi esse tempo que eu fique bem, bem, bem, bem, bem! Então, eu acho que é o emocional, eu tenho quase certeza que é o emocional que mexe muito.

E: Me fala mais sobre o seu trabalho.

H: Ai trabalhar no fórum. Ai nem gosto muito de falar do fórum, trabalho há 28 anos lá e é não vejo a hora de computar meus trinta anos. Pra, já dei minha cota pro estado, trabalho que me sustentou, me ajudou, mas e já to bem cansadinha desse meu trabalho. É bom! Maravilhoso! Ajudou a sustentar a casa, o filho, os filhos tudo, mas é um trabalho de bastante como fala que eu falei no começo e você trabalha sempre com bastante pressão agora não tanto, mas quando eu trabalhei, trabalhava. Eu trabalhei 25 anos no fórum criminal e no fórum criminal é, assim, se você esquecer, por exemplo, de requisitar um réu o processo criminal e, assim, o réu e preso e tem que ter 88 dias para ouvir o réu e as testemunhas de acusação e de defesa e isso quem manobra é você. O escrevente que cuida, se deu os 88 dias e você perdeu esse controle, esse réu e solto e você é culpado. Então, é ah se é um réu perigoso, uma pessoa que mata, que rouba um estuprador, por causa de você o advogado aproveitou a tua falha e colocou ele na rua. E você vai sofrer penas por isso e vai ser penalizado, por isso você vai sofrer um processo administrativo. Você vai ser mandado embora, né? Você pode até responder um processo criminal, também, se o juiz achar que você fez aquilo de má fé. Então, era uma pressão cons... trabalho. Não sei como eu trabalhei 25 anos nisso, é uma pressão constante, uma pressão constante. Então, assim, os processos de réu preso, a gente colocava uma fita vermelha que era para chamar a atenção, não é um processo de réu preso que tem e essa marca até em cima e você tem olhar, meu Deus! Já tá há 70 dias e a gente não conseguiu intimar, por exemplo, as testemunhas de defesa e você tem que ver então eu tive 25 anos de pressão, pressão, pressão intensa e o diretor. Claro, diretor, que é responsável por todo aquele cartório, ele fica no seu pé e ele vai te pressionando, ele não quer nem saber porque o juiz pressiona. Ele também, então, eu a... eu, eu acho. Eu tenho certeza, foi tudo isso que acarretou isso; até que eu em 96 graças a Deus! Eu, eu, eu nunca peguei nenhum processo administrativo, nunca escapou nenhum réu, quase, sempre quase, às vezes, num processo, né? Aí quando eu tive essa crise de quatro meses tudo. Aí, eu tive conversando com uma amiga minha, assim, ela falou: Helena, aqui é muita pressão pra gente, porque ela tava começando ter, a ter labirintite também. É muita pressão pra gente; eu também to tendo labirintite. A fulana também tá tendo, e aí foi quando eu decidi. Eu vou, sair do fórum criminal, eu vou pro fórum civil, eu vou pra uma coisa mais tranqüila. Foi o que eu fiz, tanto que eu fiquei, eu fiquei, eu saí em 96, eu saí. Eu saí do fórum criminal em 2000. Eu saí do fórum criminal em 96. Eu vim para São Paulo, não

consegui ir para uma vara civil, porque eu já trabalhava há 25 anos no crime, claro me colocaram no crime. Não, né? Eu já tinha tarimba, fiquei lá, né? Até 2000. Até conseguir ir pro fórum civil, esse de pequenas causas que eu fui pra lá. Eu fui pra lá no ano de 2000, se vê de 2000, eu fui ter uma crise agora em 2004, entendeu? Então, não que eu, que eu deixa, deixa, deixasse de ficar tonta, tonteira aquela sensação de desequilíbrio, mais eu fiquei quatro anos sem crise, quatro anos tinha, tinha uma tonturinha maior tomava Dramin, não seio que, não sei o que lá, já tava boa.

E: Bastante tempo, né?

H: Bastante tempo.

E: Tudo bem H?

H: Então, eu tive a crise, agora umas, agora no meio do mês de julho, junho, eu tava trabalhando e de repente começou rodá, rodá, rodá, rodá. Liguei pro meu marido, pedi pra ligar, e ele teve que vir me buscar e, daí, eu não consegui andar mesmo, Eu, aí já fui pro pronto-socorro. Fiquei em casa alguns dias, aí o fórum entrou em greve, graças a Deus. Aí eu pedi umas férias, terminam em... ela termina terça-feira e no meu fórum deu cem por cento, não tá indo ninguém trabalhar. Então, pra mim, vai ser bom, porque agora a doutora me passou uns exercícios muito loco, aí né? Eu vou ter que fazer, eu não posso, né? Porque me dá muita tontura, mas eu vou tá em casa e vou tá podendo fazer pra mim.

E: Exercícios, loco?

H: É ficar pendendo a cabeça, vira pra lá e pra cá. Eu falo, que vai dar uma tontura danada, né? Mas ela falou que é uma coisa que eu nunca fiz, né? Pra mim, é uma coisa nova, nem sabia que tinha essa terapia, como chama vestibular. Sei lá como que chama, eu nem sabia que tinha isso. Eu nem sabia que tinha, eu fiquei, porque, quando eu tinha crise, eu mesmo me medicava. Quando eu sabia que a crise já estava a uma semana, eu tirava férias, eu sempre na minha vida, trabalhei aos sábados. Sabe pra que, pra te horas credoras, pra na hora de uma crise, eu te, eu te, eu te folgas pra tirar. Então, eu já falei que um ano antes de eu pedir aposentadoria, eu vou ter folga, porque eu trabalhei tanto, tanto, mesmo com tontura e, nessa crise, de quatro meses, você pode não acreditar. Eu não faltei um só dia, no trabalho, eu não sei te dizer até hoje, como que eu consegui. Eu não sei te dizer, porque eu não comia, a labirintite fez uma coisa boa, eu parar de fumar, porque fumar e tontura, né? Não dava, né? Então, eu parei de fumar, ei emagreci. Eu fui pra

90 quilos, fiquei um montão de tempo, assim, porque tinha muita tontura. Tinha hora que comia muito, aí emagreci, me cuidei um pouco, porque eu tinha, fui ficando com a auto-estima meio baixa, sabe? E tava gorda e aquela tontura. Aí quando eu vim trabalhar em São Paulo, em 96. Foi uma amiga minha de anos que me trouxe, falou L. como você está horrível! Falei, brigado, brigada, corta esse cabelo comprido aqui alisadinho, amarradinho, corta esse cabelo: Mulher, emagrece um pouco, quem sabe essa tontura sua passa. Aí ela me levou no cabeleireiro, chego lá, cortei o cabelo não tava muito, mas aí eu fui, né? Consegui fazer um regimezinho, tal e tal, fui tentando me cuidar, dentro dessa coisa, dessa tontura, dentro dessa depressão, dentro dessa ansiedade, né? E eu tenho 23 anos de casada, mas o relacionamento com meu o meu marido e, porque ele é muito teimoso, então, não é muito fácil, também, né? Acho que isso ajuda também um pouco, às vezes, eu até to bem, quase sem tontura. Aí ele chega estressadão, que ele é estressadão, ele chega estressado, impaciente, meio que gritando aí, já, aí eu já começo a rodar.

E: Me fala mais sobre o relacionamento de vocês.

H: Ah! Então, é meio difícil, o relacionamento nosso é um pouco difícil, assim. É que ele, é que nem eu falei pra você, sabe tinha que ser ele pra explicar pra você como foi difícil pra ele essa caminhada junto com o Guilherme, porque não é fácil você, você, você lidar, né? Com aquele tom com aquela criança deficiente todo dia, apesar que você acaba tendo lá o seu ritmo tudo. E o José, acho que ele ficou, ele porque ele é músico, ele estuda lá na URM ele é músico, ele toca flauta, ele é músico, ele é um bom músico. Eu acho que ele era pra ser mais calmo pela própria música, né? Eu acho que tem uma música do Caetano que fala, como é bom poder tocar um instrumento porque te acalma, mas a música já não acalma mais o José. Ele é uma pessoa muito, assim, nervosa, muito estressado. Ele, ele é muito nervoso, ele é muito nervoso, aí eu falo pra ele, José. Você também precisa fazer, assim, tratamento. Porque eu já estou na menopausa, você precisa fazer tratamento da andropausa, vai fazer exame de próstata, vai fazer, já, já, já. A gente, né? Então, agora, ele é estressado, ele é difícil aí eu, pra eu ter que falar alguma coisa. Pra eu te que pensar um pouco, por exemplo, olha como é uma coisa boba, aonde eu moro e a gente deu uma reformada na casa lá e acho que quebrou lá o cano e a água do meu tanque tá indo para, tá passando dentro da casa do vizinho. E o vizinho veio, o vizinho da casa debaixo, veio, reclamou. Mas é uma pessoa muito bacana, você sabe que eu tive que pensar muito pra falar com José. O rapaz daí debaixo falo com

gente, o que, que é agora. Você só reclama, deixei passar, aí deixei passar tudo mais, aí deixei passar aquele dia. Deixei passar outro dia, aí eu falei pra ele, José. Quebrou o cano ali, a água tá passando, assim, assim, vai lá o homem. Ah! Vai não sei o que lá. Então, ele vai, ele conserta, ele arruma, mas não. A gente não tem mais um diálogo, assim. Às vezes, eu quero comentar qualquer coisa ou da televisão, assim, conversinha boba, não dá, com ele não dá mais, porque ele é muito nervoso. Os filhos acham isso também, os outros dois, né? O Roberto e a Carolina, então, ele chega, vai lá pra sala de música, lá que ele fez lá em casa toca e, e se você não falar nada pra ele não passar aborrecimento, não é aborrecimento assim, basta falar pra ele, José? Ah, a gente compra leite de caixa, né? José só tem duas caixinhas de leite, já acabaram precisa comprar mais uma caixa, é o suficiente pra aborrecer. Então, pra viver bem, não pode falar nada Oh!, Oh! Tudo bem, aí ontem ele tava lá assistindo o jogo do Brasil, xinga um, xinga outro. Eu não posso fazer nenhum comentário porque se eu fizer A com a boca, você não entende nada de futebol. Agora a gente vive assim, entendeu, quando ele tá a fim de conversar, ele conversa tudo numa boa, tento não passar as coisa pra ele, né? Tento não passar mais, eu passo. Eu acho que tem que ta a par, a gente já conversou do relacionamento de falar pra ele se José que sair, fica um pouco fora de casa, porque apesar de ele ser, assim, ele é muito família, ele é família, de casa pro trabalho, do trabalho pra casa. Às vezes, ele vai tocar, mas, ele volta, né? A Carolina já veio, o Roberto já veio, o Roberto vai dormir aonde? Porque esse meu filho, o Roberto, estuda na São Judas, né? A minha filha estudou na UMG, né? Então, o já tá todo mundo em casa, vamos tranca a casa, então, e tal, ele é família. Se ele não fosse família, ele já tinha ido embora, porque qualquer hora, eu vou sair. Mas a gente sabe que ele não fica sem a família, mas ele é uma pessoa bastante difícil e eu também sou, ué? Só ele não, eu também sou, porque eu já falei pra você que eu sou uma pessoa, às vezes, insuportável. No meu trabalho, eu me controlo, né? Tem hora que eu tenho vontade de mandar aquele povo lá pra, desde que inventaram a tal, eu respeito a lei do idoso. Eu respeito, eu tô caminhando, eu tô com quase cinqüenta anos de idade, mas você quer saber o que é o idoso? Vai atender ele no balcão, ele te xinga, ele te ofende, ele fala até da sua pele, tanto que a minha juíza mandou prender uma senhora de 73 anos de idade, porque ela mandou a juíza pra quele lugar. Falou que a juíza era isso, era aquilo, aquilo outro e aquilo outro mais. E já fazia alguns anos que a gente vinha agüentando desaforos daquela mulher, então, é difícil lidar com

eles, assim, no balcão, né? Tem a lei do idoso, ele é o preferencial, mas aí tem trinta idosos. Aí não tem que ficar um atrás do outro, não o que chegou quer passar na frente, porque eu sou idoso, não, mas eu também sou. Eu também sou, eles brigam entre si e brigam com a gente e ele são, eles são não a maioria deles, a lei beneficiou, que ótimo! Que maravilha! Mas agente sofre muito na mão deles, eles são os que mais judiam da gente.

E: Judiam.

H: É judiam, assim, nesse sentindo. Assim de esquentar a sua cabeça de te ofender eles falam o que, que pra você e ainda esfrega a lei do idoso na sua cara. Então, eu digo assim, que no meu trabalho, eu me controlo bastante, eu me controlo bastante. E é um lugar que demora. Você vai lá fazer uma queixa contra qualquer pessoa, você fica lá três, quatro horas é muito é muito cansativo. Pra você que está esperando e pra mim que estou atendendo, então, lá eu procuro me controlar porque de 100 pessoas, 80 te xingam. Aí você fala é assim mesmo o processo é assim mesmo. Senhora, aqui tem quase 100 mil processos, mas o pequenas causas, vocês são, não sei o quê, vocês são moles, vocês são, não sei o que lá. Eu vi, não sei quem tomando café, você não pode passar tomando cafezinho que você, então, lá eu me controlo muito, já em casa eu não me controlo tanto, né? Então, fica um relacionamento difícil.

E: Então, em casa não se controla?

H: Muito, não me controlo muito.

E: E...

H: Não me controlo muito, porque eu já me segurei o dia todo, já me segurei o dia todo, aí eu tenho paciência com o Guilerme, vou conversando com ele tudo, mas o José, às vezes, ele fala, ele grita. Eu largo pra lá finjo que não escuto, vou dormir, porque se não o aí a gente fica brigando, fica discutindo. Aí eu fico muito, muito, muito tonta, aí eu fico dias dias com aquela coisa virando, rodando na minha cabeça.

E: Me fala sobre esse muito tonta, rondando, rodando...

H: É, assim, quando eu to mais calma, isso num, num, eu fico com aquela sensação de desequilíbrio, quando eu estou mais nervosa, mais de saco cheio, vamos dizer, assim, mais de saco cheio, que me enche o saco, enche, enche. A tive um dia difícil no fórum, tive que agüentar e chegar em casa o dia difícil, o dia-a-dia difícil, né? Não é difícil, é muito difícil, tem pilha, tem aparelho que quebra, tem isso,

tem aquilo, então, aí você fica mais tonta você vai pensando nos problemas, então, você fica mais, não só com aquela falta de equilíbrio, você fica mais tonta.

E: Quer falar mais alguma coisa, tá cansada?

H: Eu quero ir embora!